

INDICE N. 202

PANORAMA STATALE

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 23 febbraio 2016 .- Dimostrazione della copertura del costo dei servizi per l'anno 2015 per gli enti in condizione di deficienza strutturale ed enti equiparati dalla normativa. (GU n. 53 del 4.3.16)

CORTE DEI CONTI

DELIBERA 4 febbraio 2016 .- Schema di relazione per il referto annuale del sindaco per i comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti e del presidente della città metropolitana e della provincia sul funzionamento del sistema dei controlli interni (art.148 TUEL) - esercizio 2015. (Deliberazione n. 06/SEZAUT/2016/INPR). (GU n. 53 del 4.3.16)

MINISTERO DELL'INTERNO

Determinazione della sanzione ad alcuni comuni, per mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2013 a seguito di accertamento successivo. (GU n. 53 del 4.3.16)

Si comunica che in data 23 febbraio 2016 è stato emanato il decreto del Direttore centrale della finanza locale concernente la determinazione della sanzione ad alcuni comuni per il mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2013 a seguito di accertamento successivo.

DECRETO 1° marzo 2016 .- Ulteriore differimento dal 31 marzo al 30 aprile 2016 del termine per la deliberazione del bilancio di previsione per l'anno 2016 da parte degli enti locali, ad eccezione delle città metropolitane e delle province, per le quali lo stesso termine viene ulteriormente differito al 31 luglio 2016. (GU n. 55 del 7.3.16)

FISCO

COMMISSIONE TRIBUTARIA REGIONALE DEL LAZIO

DECRETO 29 febbraio 2016 .- Nomina del Garante del contribuente per la Regione Lazio. (GU n. 81 del 14.3.16)

MINORI

PARLAMENTO NAZIONALE

DETERMINAZIONE 3 marzo 2016 .

Nomina del titolare dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza GU n. 53 del 4.3.16)

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 16 febbraio 2016 . Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso il Tribunale per i minorenni di Catanzaro, il Tribunale di sorveglianza di Ancona, il Tribunale di sorveglianza di Reggio Calabria, l'Ufficio di sorveglianza di Ancona e l'Ufficio di sorveglianza di Reggio Calabria - settore penale. (GU n. 59 del 11.3.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti in data 25 novembre 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Approvazione della delibera n. 204/15/DIST adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 10 settembre 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Approvazione della delibera n. 5/15/Add adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 22 aprile 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Approvazione della delibera n. 6/15/Add adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 22 aprile 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Approvazione della delibera n. 35/26SET2015/VIIICDA adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei veterinari, in data 26 settembre 2015. (GU n.62 del 15.3.16)

Approvazione della delibera n. 459 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza forense, in data 14 maggio 2015. (GU n.62 del 15.3.16)

Approvazione della delibera n. 39/23SETT2014/VIIICDA adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei veterinari, in data 23 settembre 2014. (GU n.62 del 15.3.16)

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 novembre 2015 . - Modalità di erogazione del contributo in caso di inidoneità alla donazione. (GU n. 55 del 7.3.16)

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 23 dicembre 2015 .- Fondo sanitario nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. (Delibera n. 122/2015). (GU n. 58 del 10.3.16)

DELIBERA 23 dicembre 2015 . Fondo sanitario nazionale 2013: finanziamento borse di studio in medicina generale, terza annualità triennio 2011-2014, seconda annualità triennio 2012-2015 e prima annualità triennio 2013-2016. Fondo sanitario nazionale 2014: finanziamento borse di studio in medicina generale, terza annualità triennio 2012-2015, seconda annualità triennio 2013-2016 e prima annualità triennio 2014-2017. (Delibera n. 121/2015).). (GU n. 58 del 10.3.16)

DELIBERA 23 dicembre 2015 . - Fondo sanitario nazionale (FSN) 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, assegnazione alle regioni delle quote relative alle attività di ricerca nell'ambito delle attività di prevenzione e cura della fibrosi cistica. (Delibera n. 118/2015). (GU n. 59 dell'11.3.16)

DELIBERA 23 dicembre 2015 .- Riparto tra le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano delle risorse destinate all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazione di assistenza termale relative agli anni 2008-2009, 2010 e 2013-2015. (Delibera n. 123/2015). (GU n. 59 dell'11.3.16)

SINDACATI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 25 febbraio 2016 . Certificazione relativa alla richiesta del contributo erariale per l'aspettativa sindacale concessa al personale dipendente. (GU n. 55 del 7.3.16)

PANORAMA REGIONALE

ANZIANI

FRIULI V.G.

DGR n. 310 del 25.2.16 - Lr 22/2014 (promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'art 9 della Lr 15/2014). approvazione definitiva del programma triennale di cui all'art 3

ASSISTENZA PENITENZIARIA

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.2.16, n. 220 - Finanziamento parziale delle operazioni per l'inclusione socio-lavorativa delle persone in esecuzione penale, approvate con propria delibera n. 973 del 20/7/2015

LAZIO

Determinazione 19 febbraio 2016, n. G01306 - : Fondo Sanitario Nazionale 2015 - Accertamento di € 527.445,00 del Bilancio Regionale 2016 – integrazione della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Art.3 ter della L.9 del 17/2/2012, per l'anno 2015. Intesa sancita dalla Conferenza Unificata l'11 febbraio 2016, n.16. (BUR n. 17 del 1.3.16)

VENETO

DGR N. 130 del 16.2.16 Approvazione schema di convenzione tra la Regione del Veneto e Regione Campania per l'utilizzo del sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG denominato "SMOP" . (BUR n. 20 del 1.3.16)

DGR 23.2.16, n. 168 - Adeguamento e rinnovo reparti detentivi negli ospedali del Veneto. (BUR n. 22 dell'8.3.16)

BILANCIO

BASILICATA

L.R. 4.3.16, n. 5 Collegato alla legge di stabilità regionale 2016" capo v disposizioni in materia di sanità' (BUR n. 9 del 4.3.16)

COMPARTEDCIPAZIONE ALLA SPESA - ISEE

FRIULI V.G.

Decreto del Presidente della Regione 25 febbraio 2016, n. 038/Pres. - Regolamento di modifica al Regolamento per l'attuazione della Carta famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) emanato con decreto del Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347/Pres. .(BUR n. 10 del 9.3.16)

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

Decreto del Presidente della Regione Lazio 29 febbraio 2016, n. T00023 - Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità costituito con decreto del Presidente della Regione Lazio 24

luglio 2013, n. T00191. Nomina del rappresentante del Centro operativo della Direzione Investigativa Antimafia di Roma, Tenente Colonnello della Guardia di Finanza Antonio Di Terlizzi.

ISTITUTO REGIONALE JEMOLO

Avviso

Bando Corso anticorruzione e antimafia Comuni provincia di Roma Frosinone Latina e Viterbo- (BUR n. 20 del 10.3.16)

LOMBARDIA

DCR 16.2.16 - n. X/1003 - Nomina di due componenti del comitato regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici (BUR n. 9 del 2.3.16)

DGR 7.3.16 - n. X/4878 - Piano straordinario anticorruzione - Disciplina per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (Whistleblower) per gli enti di cui all'all. A1 della l.r. 30/2006. (BUR n. 9 del 2.3.16)

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01569 Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Viterbo, capofila del distretto socio-sanitario VT3, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 61.414,18 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01570 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Aprilia, capofila del distretto socio-sanitario LT1, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 76.508,08 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01571 Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Monterotondo, capofila del distretto socio-sanitario RMG1, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 64.816,23 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01572 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Conferma del progetto operativo del Comune di Tarquinia, capofila del distretto socio-sanitario VT/2, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 37.158,24 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

LOMBARDIA

DD 2.3.16 - n. 1450 Approvazione della graduatoria e rettifica del paragrafo 13 dell'»Avviso pubblico per lo sviluppo di interventi a favore di giovani e persone, anche abusatori di sostanze, in situazione di grave marginalità « di cui al decreto n. 8654 del 20 ottobre 2015(BUR n. 9 del 2.3.16)

ENTI LOCALI

LOMBARDIA

DGR 8.2.16 - n. X/4782 - Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Città metropolitana di Milano per la determinazione concertata di composizione e modalità di funzionamento della conferenza permanente Regione – Città metropolitana ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della l.r. 32/2015 (BUR n. 9 del 4.3.16)

TOSCANA

DGR 16.2.16, n. 76 - Termini e modalità per la verifica dell'effettivo esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali da parte delle unioni di comuni ai sensi dell'articolo 91, comma 2, e per gli effetti dell'articolo 82 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68. (BUR n. 8 del 24.2.16)

GIOVANI

CAMPANIA

DGR 8.3.16, n. 87 - Politiche giovanili - riorganizzazione dell' osservatorio permanente sulla condizione giovanile. (BUR n. 16 del 9.3.16)

PIEMONTE

DD 30.12.15, n. 1122 - D.G.R. n. 78-2776 del 29/12/2015. Attuazione scheda cod. 01-2015/2016. Impegno di spesa ed assegnazione risorse di euro 198.422,72 a favore degli Enti territoriali di area vasta (Province) e della Città metropolitana di Torino per il progetto "Forme di dialogo strutturato per la redazione della nuova legge regionale per i giovani", capitoli vari del bilancio 2015. (BUR n. 10 del 10.10.16)

TOSCANA

DPGR 19.2.16, n. 20 - Consiglio regionale degli studenti, articolazione territoriale di Firenze e articolazione territoriale di Pisa. Sostituzioni. (BUR n. 9 del 22.3.16)

IMMIGRATI

LAZIO

DGR 23.2.16, n. 52 - Avvisi pubblici per la presentazione di progetti a valenza territoriale a valere sul Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 -2020, adottati con decreto 24 dicembre 2015 n. 19738 dell'Autorità responsabile del Ministero dell'Interno. Partecipazione della Regione Lazio, con il supporto tecnico di ASAP Lazio.

MARCHE

DGR 15.2.16, n. 115 - F.A.M.I. - Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014/2020 - Adesione a proposte progettuali regionali a valere sugli Obiettivi Specifici OS1 "Asilo", OS2 "Integrazione e Migrazione legale", OS3 "Rimpatrio". (BUR n. 29 del 4.3.16)

PUGLIA

DGR 23.2.16, n. 144 - Approvazione Schema di Convenzione tra Regione Puglia e Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali (IPRES) per la realizzazione delle attività di supporto alla programmazione, al monitoraggio ed alla valutazione delle politiche regionali per l'inserimento socio-lavorativo degli immigrati. Rettifica parziale. (BUR 23 dell'8.3.16)

MINORI

CAMPANIA

DGR 15.2.16, n. 41 - Costituzione dell'osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in regione Campania. (BUR n. 16 del 9.3.16)

MARCHE

DGR 15.2.16, n. 99 - Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra la Regione Marche e gli Ambiti Territoriali Sociali 16-17-18, l'Ombudsman, il Tribunale per i Minorenni di Ancona, l'Ufficio Scolastico Provinciale di Ancona, i Dirigenti degli Istituti Scolastici degli ATS 16-17-18. L'Asur Area Vasta 3, e Associazioni del privato sociale, per l'attuazione del programma di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (BUR n. 29 del 4.3.16)

TOSCANA

DGR 16.2.16, n. 82 - Approvazione degli elementi essenziali dell'avviso regionale finalizzato al sostegno dell'offerta di servizi per la prima infanzia (3-36 mesi) per l'anno educativo 2016/2017. (BUR n. 9 del 2.3.16)

MOZIONE 17 febbraio 2016, n. 200 - In merito alla nuova attivazione di un bando per l'assegnazione di contributi finalizzati alla realizzazione di soggiorni residenziali estivi per bambini e ragazzi. (BUR n. 9 del 2.3.16)

DGR 23.2.16, n. 112 - "Pronta accoglienza gestante o madre con bambino - E Pluribus Unum - presso la Comunità Coniugi Ciampi di Massa". Approvazione di un modello di sperimentazione

DGR 1.3.16, n. 136 - Approvazione accordo di collaborazione tra Regione Toscana e CONI Comitato Toscana per l'accesso di giovani in età scolare, in situazione di disagio economico, alla pratica dell'attività motoria e sportiva.

NON AUTOSUFFICIENTI

CAMPANIA

DECRETO n. 12 del 25.02.2016 - Rif. punto viii) delibera del Consiglio dei Ministri del 11 dicembre 2015 OGGETTO: Ipotesi di accordo transattivo del 17/9/2014 relativa ai conguagli delle tariffe RSA e Centri Diurni – Determinazioni (BUR n. 14 del 29.2.16)

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00060 - Modifica del Decreto del Commissario ad acta n. U00009/2016 avente ad oggetto "Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane" (BUR n. 20 del 10.3.16)

PIEMONTE

DD. 23.11.15, n. 890 - D.G.R. n. 20-2387 del 9.11.2015 "Fondo nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2015. Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti". Accertamento di euro 31.278.000,00 sul capitolo di entrata 24600/2015. Impegno di euro 27.678.000,00 sul cap. 152662/2015 e impegno di euro 3.600.000,00 sul cap. 158586/2015. . (BUR n. 9 del 3.3.16)

TOSCANA

DGR 23.2.16, n. 110 - L.R. n. 66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza". Anno 2016: riparto alle Zone/Distretto del fondo per la non autosufficienza. (BUR n. 9 del 22.3.16)

PERSONE CON DISABILITÀ

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.2.16, n. 230 - Approvazione dell'invito a presentare operazioni di politica attiva del lavoro Fondo regionale disabili (BUR n. 56 del 3.3.16)

LAZIO

Determinazione 16 febbraio 2016, n. G01154 - Interventi di assistenza per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Impegno della somma di euro 4.000.000,00 in favore della Città Metropolitana di Roma Capitale e delle Amministrazioni Provinciali del Lazio a valere sul Cap. F11911, corrispondente alla Missione 04 - Programma 06 - Aggregato 1.04.01.02.000. Esercizio finanziario 2016. (BUR n. 17 del 1.3.16)

PIEMONTE

DD 23.11.15, n. 887 - L.R.41/87 e s.m.i. Approvazione albo degli enti ed associazioni. Anno 2015. (BUR n. 9 del 3.3.16)

VENETO

DGR 23.2.16, n. 170 - Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante "Linee guida sugli Interventi Assistiti con gli Animali". (BUR n. 23e dell'11.3.16)

POLITICHE SOCIALI

LAZIO

DGR 1.3.16, n. 79 - Integrazione Deliberazione di Giunta Regionale 23 febbraio 2016, n. 53, "Commissariamento dell'Istituto Romano di San Michele". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Decreto del Presidente della Regione Lazio 4 marzo 2016, n. T00031 - IPAB Istituto Romano di San Michele. Nomina del Commissario Straordinario.

LOMBARDIA

DGR 29.2.16 - n. X/4851 Nomina di due componenti del consiglio di amministrazione dell'azienda di servizi alla persona «Casa di Riposo San Giuseppe» con sede legale nel comune di Isola Dovarese (CR)

PIEMONTE

DGR 22.2.16, n. 24-2944 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Fondazione Pietro Allemandi", con sede in Dronero. Approvazione nuovo statuto. (BUR n. 9 del 3.3.16)

DGR 29.2.16, n. 12-2964 - I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti con sede in Asti. Nomina del Commissario straordinario. (BUR n. 9 del 3.3.16)

TOSCANA

DGR 23.2.16, n. 107 - DGRT n. 594/2014: Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori. Proroga sperimentazioni. (BUR n. 9 del 22.3.16)

POVERTÀ - INCLUSIONE SOCIALE

BASILICATA

DGR 26.1.16, n. 56 -PO FESR Basilicata 2007 - 2013 - Asse VI “Inclusione sociale” - Esercizio delle funzioni di beneficiario in capo alle amministrazioni comunali. (BUR n. 8 del 1.3.16)

DGR 10.2.16, n. 120 - Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26 recante “Contrasto al disagio sociale, mediante l’utilizzo di eccedenze alimentari e non”. – Approvazione Linee Guida attuative. (BUR n. 8 del 1.3.16)

PRIVATO SOCIALE

EMILIA-ROMAGNA

DAL 24.2.16, n. 63 - Documento di programmazione triennale 2016-2018 del servizio civile. (Proposta della Giunta regionale in data 11 gennaio 2016, n. 13). (BUR n. 61 del 7.3.16)

LAZIO

Determinazione 23 febbraio 2016, n. G01502 - LL.RR. del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni. "L'Isola che ... c'è - Società Cooperativa Sociale" codice fiscale 13444211000, con sede legale nel Comune di Monterotondo (RM), Piazza Comitato di Liberazione Nazionale, 14 c.a.p. 00015. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 23 febbraio 2016, n. G01503 - Leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni “cooperativa sociale Sacra famiglia onlus” codice fiscale 02823130600, con sede legale nel Comune di Giuliano di Roma via Santa Lucia, 11 c.a.p. 03020 (Fr). Iscrizione all’albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 23 febbraio 2016, n. G01517 - Leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Falcone e Borsellino società cooperativa sociale" codice fiscale 13497011000, con sede legale nel comune di Civitavecchia viale Guido Baccelli, 40 c.a.p. 00053 (Rm). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01583 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni cooperativa "Danny Kaye onlus cooperativa sociale e di lavoro" codice fiscale 13027351009, con sede legale nel comune di Ciampino via Vincenza Messina, 18 c.a.p. 00043. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01584 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Progetto solidarietà - cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 11458061006, con sede legale nel comune di Roma via Appia Nuova, 1251 c.a.p. 00178. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01874 - : leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni “La lanterna di Diogene cooperativa sociale onlus” codice fiscale 09205951008, con sede legale nel comune di Mentana via Tevere, 1

c.a.p. 00013 (Rm). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B e mantenimento dell'iscrizione nella sezione A. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01876 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "P.S.P. Progettazione - Servizi - Produzione - societa' cooperativa sociale" codice fiscale 02770990600, con sede legale nel comune di Frosinone via Mastruccia, 105 c.a.p. 03100. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01877 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Progetto uomo - cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 11457591003, con sede legale nel comune di Roma via Mario Musco, 80 c.a.p. 00147. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01878 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Xenia societa' cooperativa sociale" codice fiscale 02729950598, con sede legale nel comune di Priverno via delle Grotticelle, 54 c.a.p. 04015 (Lt). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 20 del 10.3.16)

LOMBARDIA

DD 3.3.16 - n. 1487 - Determinazioni in ordine all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale IL (BUR n. 10 del 7.3.16)

Comunicato regionale 17 febbraio 2016 - n. 30 L.r. 1/2008 - capo II pubblicazione del registro generale regionale del volontariato (sezione regionale e sezioni provinciali) alla data del 31 dicembre 2015

Comunicato regionale n. 31 L.r. 1/2008 - capo III pubblicazione dei Registri regionale e provinciali delle associazioni senza scopo di lucro e delle associazioni di promozione sociale (APS) alla data del 31 dicembre 2015

Comunicato regionale 17 febbraio 2016 - n. 32 L.r. 1/2008 - Capo VI pubblicazione del registro regionale delle associazioni di solidarietà familiare alla data del 31 dicembre 2015

Comunicato regionale 17 febbraio 2016 - n. 33 D.g.r. 31 maggio 2010, n. 84 - Pubblicazione dell'elenco regionale dei Centri di Aiuto alla Vita (CAV) alla data del 31 dicembre 2015

PIEMONTE

DD 19.11.15, n. 885 - L. 64/01 - Approvazione della graduatoria dei progetti di servizio civile nazionale valutati positivamente da realizzarsi in Piemonte e individuazione dei progetti avviabili – Bando straordinario 15 maggio - 30 giugno 2015. (BUR n. 9 del 3.3.16)

DD.30.12.15, n. 1124 - L.R. n. 31 del 21/05/1975 e successive modificazioni - Erogazione di contributi agli Enti di Patronato per l'attività svolta negli anni 2012 e 2013 - Impegno di spesa di euro 112.500,00 sul capitolo 180574/2015 (ass. n. 100629). (BUR n. 10 del 10.3.16)

TOSCANA

DGR 23.2.16, n. 111 - Servizio civile regionale: approvazione progetto di interesse regionale.

L.R. 1.3.16, n. 21 - Riordino delle funzioni di tenuta degli albi regionali del terzo settore ai sensi della l.r. 22/2015. Modifiche alle leggi regionali 28/1993, 87/1997 e 42/2002. (BUR . 10 del 9.3.16)

UMBRIA

DPGR 17.2.16, n. 22 - Commissione regionale per la cooperazione sociale, ai sensi dell'art. 399 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11. (BUR n. 10 del 2.3.16)

SANITÀ

EMILIA-ROMAGNA

L.R. 3.3.16, n.2 - Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali (BUR n. 57 del 3.3.16)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 19 febbraio 2016, n. U00047 - Valutazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ai sensi dell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (BUR n. 17 del 1.3.16)

DGR 23.2.16, n. 46 - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa fra la Regione Lazio e gli IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri - "Servizio di Salute Globale e Dermatologia Internazionale" per l'individuazione di progetti e iniziative congiunte finalizzate alla promozione della ricerca biomedica traslazionale internazionale, allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e al trasferimento di tecnologie avanzate, relativamente alle patologie oncologiche, dermovenereologiche e alle malattie tropicali neglette ad alto impatto epidemiologico e diffusivo. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01601 - Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale "Testo Unico dicembre 2010 di cui al Decreto Commissariale del 29 marzo 2011 n.U0026 come previsto dallo stesso decreto; recepimento proposte della Commissione Regionale del Farmaco - Co.Re.Fa. (BUR n. 18 del 3.3.16)

L.R. 7.3.16, n. 1 - Disposizioni per favorire la conciliazione nelle controversie sanitarie e in materia di servizi pubblici. (BUR n. 19 dell'8.3.16)

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00062 - DCA 562/2015: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00065 - Riparto delle competenze per l'effettuazione delle verifiche del possesso dei requisiti minimi e dell'attività di vigilanza e controllo di cui agli artt. 7, 10, 11, 13 e 16 della L.R. n. 4/2003. Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 26.3.2012, al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22.2.2013 e al Decreto del Commissario ad Acta n. U00288 del 26.6.2015. (BUR n. 20 del 10.3.16)

DGR 1.3.16, n. 59 - DGR 289/2014 "DCA U00428/2013 - Assegnazione di fondi regionali per l'avvio del programma di attivazione di una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio per l'importo complessivo di euro 4.000.000,00 a valere sul Capitolo H22103 - di cui euro 400.000,00 a valere sull'esercizio finanziario 2014 del bilancio regionale ed euro 3.600.000,00 a valere sull'annualità 2015" - Trasferimento della sede Casa della Salute della Asl di Viterbo dal Presidio ex Ospedale Civile di Acquapendente al Presidio ex Ospedale S. Anna di Ronciglione. (BUR n. 20 del 10.3.16)

DGR 1.3. n. 68 - DCA U00428/2013 - DCA U00247/2014 - Proseguimento del programma di attivazione di una Casa della Salute in ciascun Distretto Aziendale del Lazio, per l'importo

complessivo di €. 5.500.000,00 a valere sul Capitolo H22103 - esercizio finanziario 2016 del bilancio regionale(BUR n. 20 del 10.3.16)

LOMBARDIA

Circolare regionale 8 marzo 2016 - n. 4 - Definizione delle regole di gestione dei flussi informativi afferenti l'area socio sanitaria in attuazione della d.g.r. X/4702 del 29 dicembre 2015 (BUR n. 10 del 10.3.16)

PIEMONTE

DGR 1.3.16, n. 3-2987 - Realizzazione di una struttura Banca dei tessuti presso l'A.O.U. Citta' della Salute e della Scienza di Torino. (BUR n. 10 del 10.3.16)

PUGLIA

DGR 9.2.16, n. 56 - Schema di Regolamento Regionale in materia di Attività Ispettiva Sanitaria. Ritiro D.G.R. n. 2318 del 22/12/2015. (BUR n. 20 del 29.2.16)

DGR 9.2.16, n. 73 - Procedure aggregate sanità – anno 2016. Seguito DGR n. 2256/2015. Ulteriori disposizione alle Aziende Sanitarie. (BUR n. 20 del 29.2.16)

DGR 23.2.16, n. 135 -D.M. 18 ottobre 2012 - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera e di specialistica ambulatoriale. Integrazione del tariffario regionale. Modifica e integrazione modello di contratto, di cui alla D.G.R. n. 1365/2015. Definizione tariffa prestazioni in regime di ricovero e day – service con la tecnologia “Cyber – knife”. (BUR 23 dell'8.3.16)

DGR 23.2.16, n.136 - Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16/12/2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Linee di indirizzo sull’organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN). (BUR 23 dell'8.3.16)

DGR 23.2.16, n. 142 - Accordo Stato – Regioni del 29/04/2010 (Rep. Atti n. 57/CSR del 29/04/2010) – Approvazione schema di convenzione tra Regione Puglia e Associazioni Donatori di Midollo Osseo. (BUR 23 dell'8.3.16)

DGR 23.2.16, n. 157 - Legge regionale 8 ottobre 2014, n.40 - Costituzione dell'Osservatorio regionale sull'endometriosi. (BUR 23 dell'8.3.16)

SICILIA

DASS 10.2.16. - Approvazione del documento recante “Direttive sulla implementazione del Sistema regionale della formazione”. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Agrigento (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Catania- (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Garibaldi di Catania. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Enna. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016.- Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera universitaria G. Martino di Messina. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Ragusa. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Siracusa (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 17 febbraio 2016.

Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 17 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DD 12.2.16 - Istituzione del Tavolo tecnico per lo screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA. (GURS n. 11 dell'11.3.159)

DD 15.2.16 - Approvazione della convenzione tra Regione Sicilia e IMS Health per la raccolta di dati di consumo e di spesa dei farmaci e dei dispositivi medici delle Aziende sanitarie della Regione Sicilia. (GURS n. 11 dell'11.3.159)

DASS 1.3.16 - Approvazione delle linee guida regionali per l'individuazione dei Centri specializzati alla formulazione della diagnosi alla prescrizione dei medicinali. (GURS n. 11 del 11.3.16)

TOSCANA

MOZIONE 17 febbraio 2016, n. 152 - In merito alla necessità di garantire la pubblica sicurezza all'interno degli ospedali toscani. (BUR n. 9 del 2.3.16)

DGR 16.2.16, n. 90 - Articolo 112-quater, dlgs n. 219/2006 e smi. Vendita on line di medicinali uso umano senza obbligo di prescrizione medica. (BUR n. 9 del 22.3.16)

DGR 16.2.16, n. 91 - Revoca parziale Delibera GRT n. 1048 del 20-10- 2003 "Impiego di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore". (BUR n. 9 del 22.3.16)

MOZIONE 17 febbraio 2016, n. 222 - In merito all'estensione della campagna di vaccinazione gratuita. (BUR n. 9 del 22.3.16)

DGR 23.2.16, n. 108 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione GRT n. 14 del 19.01.2016. (BUR n. 9 del 22.3.16)

VENETO

DGR 16.2.16, n. 129 - Approvazione del programma relativo alle procedure di gara centralizzate di acquisizione di beni e servizi in carico al Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) per il biennio 2016-2017. (BUR n. 17 del 26.2.16)

DGR 16.2.16, n. 133 - Coordinamento Regionale del sistema Emergenza - Urgenza. Aggiornamento del modello organizzativo. (BUR n. 17 del 26.2.16)

DGR 16.2.16, N. 134 - DGR n. 1905 del 23 dicembre 2015 recante "Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica". Integrazioni correlate alle norme in materia di personale del SSN contenute nell'articolo 1, commi da 541 a 544, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità per l'anno 2016). (BUR n. 17 del 26.2.16)

DGR 16.2.16, n. 140 - Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2). (BUR n. 17 del 26.2.16)

DGR 16.2.16, n. 142 - Realizzazione del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 55/CR del 4 agosto 2015. (BUR n. 17 del 26.2.16)

DGR 16.2.16, n. 139 - Nomina del Responsabile del "Centro Regionale per la sicurezza del paziente" ai sensi della D.G.R. n. 2364 del 29 dicembre 2011. (BUR n. 20 del 1.3.16)

DGR 23.2.16, n. 169 - Definizione del profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie nella Regione del Veneto. (BUR n. 23 dell'11.3.16)

DGR 3.3.16, n. 212 - Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2015. - Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281. (BUR n. 23 dell'11.3.16)

TUTELA DEI DIRITTI

VENETO

DGR 16-2-16, n. 147 - Approvazione dell'articolazione organizzativa di 5 nuovi Centri antiviolenza per donne vittime di violenza operanti nel territorio della Regione del Veneto. L.R. n. 5 del 23.04.2013 "Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne", articolo 7, comma 1. (BUR n. 20 del 1.3.16)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 MARZO 2016 arretrati compresi

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 23 febbraio 2016 .- Dimostrazione della copertura del costo dei servizi per l'anno 2015 per gli enti in condizione di deficiarietà strutturale ed enti equiparati dalla normativa. (GU n. 53 del 4.3.16)

IL DIRETTORE CENTRALE DELLA FINANZA LOCALE

Visto l'art. 242 del decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, concernente l'individuazione degli enti strutturalmente deficitari sulla base dell'apposita tabella, da allegare al rendiconto della gestione, contenente parametri obiettivi dei quali almeno la metà presentino valori deficitari;

Visto l'art. 228, comma 5, secondo periodo, del citato decreto legislativo il quale stabilisce che la tabella dei parametri di riscontro della situazione di deficiarietà strutturale è allegata anche al certificato del rendiconto;

Visto l'art. 243 del predetto decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, il quale, ai commi 2, 6 e 7, dispone che sono sottoposti ai controlli centrali in materia di copertura del costo di alcuni servizi gli enti locali in condizioni strutturalmente deficitarie di cui al richiamato art. 242, gli enti locali che non presentino il certificato al rendiconto della gestione, gli enti locali che non hanno approvato nei termini di legge il rendiconto della gestione sino all'adempimento, nonché gli enti locali che hanno deliberato lo stato di dissesto finanziario per la durata del risanamento;

Visto l'art. 243 *-bis*, comma 8, lett. b), del citato testo unico, il quale prevede che i comuni e le province che fanno ricorso alla procedura di riequilibrio finanziario pluriennale sono soggetti ai controlli centrali in materia di copertura del costo di alcuni servizi di cui al precedente art. 243, comma 2;

Considerato che il richiamato art. 243 dispone, ai commi 2 e 4, che i controlli centrali in materia di copertura del costo di taluni servizi vengono effettuati mediante apposita certificazione e che i tempi e le modalità per la presentazione ed il controllo di tale certificazione sono determinati con decreto del Ministro dell'interno, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* ;

Dato atto che le modalità della certificazione di che trattasi sono state approvate, in passato, su base triennale, in coerenza con la programmazione finanziaria pluriennale del sistema di bilancio degli enti locali, e che da ultimo, sono state fissate con decreto del Ministro dell'interno del 20 dicembre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 8 del 10 gennaio 2013, per il triennio 2012-2014;

Ritenuto, tuttavia, di dover procedere, al momento, all'approvazione di dette modalità per il solo esercizio finanziario 2015, atteso che le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio degli enti locali approvate con decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, renderanno necessaria, a partire dal corrente esercizio finanziario, la completa rivisitazione sia delle modalità certificative in argomento, sia dei parametri obiettivi, e che di tale problematica sarà investito, come in passato, l'Osservatorio sulla finanza e la contabilità degli enti locali di cui all'art. 154 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, come modificato dall'art. 1, comma 1, lettera aa), del decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, in fase di costituzione presso il Ministero dell'interno;

Considerato che, ai sensi dell'art. 11, comma 15, del citato decreto legislativo n. 118, gli enti territoriali in sperimentazione nel 2014 adottano, dall'esercizio finanziario 2015, i nuovi schemi di

bilancio, che assumono valore a tutti gli effetti giuridici, anche con riguardo alla funzione autorizzatoria, cui affiancano nel 2015, con funzione conoscitiva, gli schemi di bilancio e di rendiconto vigenti nel 2014; mentre, ai sensi del comma 12 del richiamato art. 11, i restanti enti adottano gli schemi di bilancio e di rendiconto vigenti nel 2014, che conservano valore a tutti gli effetti giuridici, anche con riguardo alla funzione autorizzatoria, ai quali affiancano i nuovi, cui è attribuita funzione conoscitiva;

Ritenuto pertanto, nelle more della rivisitazione dei parametri obiettivi e delle modalità certificative resa necessaria dal processo di armonizzazione contabile, che sia possibile, in virtù di quanto disposto dal richiamato art. 11 per l'anno 2015, nel quale coesistono gli schemi di bilancio «tradizionali» con quelli «armonizzati», procedere alla sostanziale conferma, per il solo esercizio finanziario 2015, delle modalità certificative approvate con il richiamato decreto del Ministro dell'interno del 20 dicembre 2012, per il triennio 2012-2014;

Considerato, altresì, che il richiamato art. 242 stabilisce, al comma 2, che i parametri obiettivi citati in premessa, e le modalità per la compilazione della relativa tabella, sono fissati con decreto del Ministro dell'interno, di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e che, comunque, sino alla fissazione di nuovi parametri si applicano quelli vigenti nell'anno precedente;

Visto il decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 febbraio 2013 di individuazione, per il triennio 2013-2015, per province, comuni e comunità montane, dei parametri obiettivi di deficitarietà strutturale;

Sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta del 18 febbraio 2016, che ha espresso parere favorevole sul testo del presente decreto;

Visti i precedenti decreti in data 5 agosto 1992 ed in data 15 marzo 1994 concernenti la delega alle Prefetture- Uffici territoriali del Governo, delle funzioni di controllo delle certificazioni per la dimostrazione del tasso di copertura dei costi di alcuni servizi degli enti locali e di irrogazione delle sanzioni di legge, pubblicati rispettivamente nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana serie generale - n. 193 del 18 agosto 1992 e serie generale n. 80 del 7 aprile 1994;

Vista la legge 7 aprile 2014, n. 56, recante disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

Ritenuto che l'atto da adottare nella forma del decreto in esame consiste nell'approvazione di modelli di certificati, i cui contenuti hanno natura di atto prettamente gestionale;

Decreta:

Art. 1.

Approvazione dei modelli

1. Sono approvati gli allegati certificati per comuni nonché per province, città metropolitane e comunità montane che si trovano in condizione di deficitarietà strutturale ai sensi dell'art. 242 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, che costituiscono parte integrante del presente decreto e concernenti la dimostrazione, sulla base delle risultanze contabili dell'esercizio finanziario 2015, della copertura del costo complessivo di gestione dei servizi a domanda individuale, del servizio per la gestione dei rifiuti urbani e del servizio di acquedotto.

2. Gli enti locali di cui all'art. 243, comma 6, del citato decreto legislativo n. 267 del 2000 sono soggetti alla presentazione della certificazione del costo dei servizi nel caso in cui permanga, alle date indicate al successivo art. 3, la condizione di assoggettamento ai controlli.

3. Gli enti locali di cui all'art. 243, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 267 del 2000, che hanno deliberato

lo stato di dissesto, sono tenuti alla presentazione della certificazione per tutto il quinquennio di durata del risanamento, di cui al successivo art. 265, comma 1.

4. I comuni, le province e le città metropolitane che hanno fatto ricorso alla procedura di riequilibrio finanziario pluriennale prevista dall'art. 243 -bis del predetto decreto legislativo n. 267 del 2000

sono tenuti alla presentazione della certificazione per tutto il periodo di durata del piano di riequilibrio finanziario pluriennale.

Art. 2.

Istruzioni di compilazione

1. I certificati potranno anche riportare valori parzialmente o totalmente negativi per province, città metropolitane e comunità montane che, ordinariamente, non assolvono a funzioni relative alla gestione dei rifiuti e al servizio di acquedotto.
2. I certificati sono compilati in ogni loro pagina e firmati secondo le indicazioni dei relativi modelli e sono trasmessi dagli enti in originale.
3. I dati finanziari da indicare nei predetti modelli devono essere espressi in «euro», con due cifre decimali ed arrotondamento della terza cifra decimale, per eccesso se maggiore di cinque millesimi, altrimenti per difetto.

Art. 3.

Termine della trasmissione

1. I certificati devono essere trasmessi alle Prefetture- Uffici territoriali del Governo competenti per territorio, anche se parzialmente o totalmente negativi, entro il termine perentorio del 16 maggio 2016 per la certificazione relativa alle risultanze contabili all'esercizio finanziario 2015.
2. Le Prefetture-Uffici territoriali del Governo verificano il rispetto della perentorietà del predetto termine.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 23 febbraio 2016

Il direttore centrale: VERDE

CORTE DEI CONTI

DELIBERA 4 febbraio 2016 .- Schema di relazione per il referto annuale del sindaco per i comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti e del presidente della città metropolitana e della provincia sul funzionamento del sistema dei controlli interni (art.148 TUEL) - esercizio 2015. (Deliberazione n. 06/SEZAUT/2016/INPR).

LA CORTE DEI CONTI

NELL'ADUNANZA DEL 4 FEBBRAIO 2016

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, e successive modificazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, recante il testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali e le successive modificazioni;

Visto, in particolare, l'art. 148 del citato decreto legislativo n. 267/2000, novellato dalla lettera *e*) del comma 1, dell'art. 3, del decreto-legge n. 174/2012, così come modificato dall'art. 33 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 91, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 116;

Vista la legge 5 giugno 2003, n. 131;

Visto l'art. 1, commi 166 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006);

Visto il decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

Visto, in particolare, l'art. 11 -*bis* del citato decreto legge n. 174/2012;

Visto il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato dalle Sezioni riunite con la deliberazione n. 14 del 16 giugno 2000 e successive modificazioni;

Vista la nota n. 972 del 28 gennaio 2016, con la quale il Presidente della Corte dei conti ha convocato la Sezione delle autonomie per l'adunanza odierna;

Uditi i Consiglieri relatori Carmela Iamele e Paola Cosa;

Delibera

di approvare l'unito documento e lo schema di relazione, che costituiscono parte integrante della presente deliberazione, riguardanti le linee guida per il referto annuale dei sindaci dei comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti e dei presidenti delle città metropolitane e delle province sul funzionamento dei controlli interni

Le Sezioni regionali di controllo, in relazione alle peculiarità degli enti controllati, possono stabilire adattamenti allo schema di relazione approvato con la presente deliberazione.

Le presenti linee guida e l'unito schema di relazione si applicano ai comuni ed alle province e città metropolitane ricomprese nel territorio delle regioni a statuto speciale nonché agli enti locali delle province autonome di Trento e di Bolzano, tenendo conto di quanto disposto dall'art. 11 *-bis* del decreto-legge n. 174/2012 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 213/2012.

La presente deliberazione sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Così deliberato in Roma, nell'adunanza del 4 febbraio

2016.

Roma, 4 febbraio 2016

Il Presidente

FALCUCCI

I Relatori

IAMELE - COSA

Depositata in segreteria il 18 febbraio 2016

Il dirigente: PROZZO

ALLEGATO

LINEE GUIDA PER IL REFERITO ANNUALE DEL SINDACO PER I COMUNI CON POPOLAZIONE SUPERIORE AI 15.000 ABITANTI E DEL PRESIDENTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA E DELLA PROVINCIA SUL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI (ART. 148 TUEL) PER L'ESERCIZIO 2015.

Come ogni anno la Sezione delle autonomie, ai sensi del novellato art. 148 del decreto legislativo n. 267/2000 (TUEL), fissa le Linee guida intese a verificare il corretto funzionamento dei controlli interni degli enti locali, alle quali si accompagna, con la consueta veste di questionario, lo schema di relazione che, anche per il 2015, i sindaci dei comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti ed i presidenti delle città metropolitane e delle province ancora in essere devono redigere, a dimostrazione dell'adeguatezza ed efficacia dei controlli interni realizzati nel corso dell'esercizio considerato.

L'ampia riforma di cui all'art. 3, comma 1, sub *e*) del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito con modificazioni dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, nel 2015 è entrata a regime, coinvolgendo nei controlli strategico, di qualità e sulle società partecipate tutti i comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti, compresi quelli esclusi nella fase di prima applicazione.

Appare opportuno, altresì, precisare che i referti dei vertici degli enti locali, redatti in base alle menzionate Linee guida, già nel passato hanno consentito alle Sezioni regionali di completare il controllo effettuato ai sensi dei commi 166 e seguenti dell'art. 1 della legge n. 266/2005 e di conoscere le eventuali irregolarità fatte emergere dagli organi di controllo interno degli enti locali, formulando osservazioni conseguenti. Oltre a ciò, deve rammentarsi che le Sezioni giurisdizionali regionali, ai sensi del citato art. 148, ed in particolare del comma 4, nel caso di rilevata assenza o inadeguatezza degli strumenti e delle metodologie di controllo interno adottate, possono irrogare a carico degli amministratori responsabili apposita sanzione pecuniaria.

Le citate disposizioni rafforzano la portata dei controlli interni, ma non ne stravolgono la natura fondamentalmente collaborativa, in quanto intesi come sistema finalizzato, principalmente, a verificare il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dell'Ente, in presenza di servizi ed attività da rendere alla cittadinanza con adeguati livelli qualitativi.

Quest'anno l'impostazione del questionario persegue obiettivi di razionalizzazione attuati attraverso la semplificazione e la drastica riduzione del numero delle domande. In quest'ottica, si è evitato di esaminare i profili più strettamente afferenti la gestione e quelli già ampiamente illustrati da altri questionari o più difficilmente comparabili, a causa dell'ampia varietà delle risposte. Sarà ovviamente possibile per le Sezioni regionali integrare tale schema con la richiesta di ulteriori elementi informativi, a maggiore illustrazione dei profili esaminati.

Le domande, in quanto preordinate ad acquisire elementi informativi essenziali e più facilmente confrontabili, sono più stringenti (nel senso che inducono l'ente a riferire dati puntuali quali, ad esempio, il numero delle delibere di adozione dei vari report, la percentuale di raggiungimento degli obiettivi, il personale impiegato nelle diverse attività di controllo ed il numero di misure correttive assunte) e scaturiscono da riflessioni sull'evoluzione degli adempimenti e sulla necessità di avvalersi di nuovi indicatori.

La maggiore omogeneità dei dati, in tal modo raccolti, e la conseguente maggiore comparabilità tra gli stessi dovrebbero consentire di ottenere informazioni in grado di alimentare referti più brevi, ma più puntuali e particolareggiati e, soprattutto, che facciano emergere le reali criticità delle gestioni considerate.

Controllo di regolarità amministrativa e contabile.

In vista del conseguimento dello scopo precipuo del controllo di regolarità amministrativa e contabile, volto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, è assicurata agli enti locali ampia autonomia organizzativa e di scelta delle soluzioni più adatte alle proprie specifiche esigenze. Nell'ambito di tale autonomia le presenti

Linee guida intendono fornire ai suddetti enti utili indicazioni in ordine alla scelta degli obiettivi verso i quali indirizzare la verifica di conformità a legge dei provvedimenti, da realizzare attraverso il vaglio dell'*iter* procedurale seguito per l'adozione degli stessi, ma anche attraverso il controllo della loro correttezza sotto tutti gli aspetti, compresi quelli di natura contabile e fiscale. Per quanto riguarda i soggetti coinvolti, appare di tutta evidenza la necessità di una stretta sinergia tra i responsabili dei singoli servizi (tenuti a rilasciare il parere di regolarità tecnica) ed il responsabile del servizio economico-finanziario, al quale devono essere fornite informazioni, anche in merito ai riflessi diretti ed indiretti sulla situazione economico-finanziaria dell'ente, derivanti dalle proposte di delibere formulate, nonché, eventualmente, dalle determinazioni dirigenziali adottate.

Come per gli altri tipi di controllo, anche per il controllo di regolarità risulta di fondamentale importanza la programmazione. Programmazione che deve essere intesa, innanzitutto, come scelta, da attuarsi mediante motivate tecniche di campionamento, degli atti da sottoporre a controllo, in modo tale da consentire all'amministrazione di monitorare, con particolare attenzione, alcuni settori di attività dell'ente più delicati di altri.

Inoltre, la programmazione delle attività di controllo deve consistere anche nell'individuazione degli obiettivi attesi e delle finalità da perseguire, anche in termini di superamento di criticità precedentemente riscontrate, nonché di prassi operative non conformi alle vigenti disposizioni. Si rammenta, infine, che, ai sensi dell'art. 147 -bis del TUEL, anche all'organo di revisione dell'ente, sono trasmesse periodicamente le risultanze del controllo di regolarità amministrativa svolto nel corso della gestione, sottoposta alla sua vigilanza a termini dell'art. 239, lettera c) del TUEL.

Alla luce dei risultati dell'opera di razionalizzazione e semplificazione del questionario, le domande inserite — tese a far sì che il vertice dell'amministrazione locale sia reso edotto delle modalità di svolgimento delle diverse tipologie di controlli interni dell'ente ed, in particolare, del controllo di regolarità che qui interessa — privilegiano, a fini di maggiore uniformità, dati numerici e risposte brevi rispetto a richieste di informazioni più articolate. Queste ultime, infatti, risultano limitate all'indicazione delle nuove tecniche di campionamento degli atti e delle criticità riscontrate nel corso dell'attività svolta nell'anno.

Controllo di gestione.

Gli enti locali applicano il controllo di gestione secondo le modalità stabilite dalla legge, dai propri statuti e regolamenti, al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati, la corretta ed

economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento, nonché la trasparenza dell'azione amministrativa.

Attraverso il controllo di gestione l'ente verifica lo stato di attuazione degli obiettivi programmati e, mediante l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, la funzionalità dell'organizzazione dell'ente, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi.

In vista dell'implementazione di un efficace sistema di controllo di gestione, appare centrale la predisposizione di un sistema di contabilità economico-patrimoniale affidabile ed in grado di fornire informazioni circa l'efficienza gestionale in termini di costi e di ricavi nonché circa l'adeguatezza delle risorse utilizzate, in relazione alle attività svolte e, soprattutto, ai risultati conseguiti.

L'ente è tenuto, altresì, ad adottare un elenco di obiettivi con i relativi indicatori, riportanti valori target da perseguire per ciascun obiettivo.

A tale riguardo, l'ente dovrà curare la predisposizione di un adeguato Piano esecutivo di gestione (PEG), ai sensi dell'art. 169 del TUEL.

Gli obiettivi devono rappresentare non una «mera» ricognizione delle funzioni intestate ai diversi settori in cui l'ente risulta articolato, ma una sintesi dei livelli di efficacia ed efficienza che si intendono conseguire per ciascun servizio o attività. Tali obiettivi devono discendere dall'attività di programmazione dell'ente ed essere in linea con gli strumenti a tal fine dallo stesso adottati.

I regolamenti dell'ente devono contenere indicazioni specifiche in merito e ricondurre tutte queste indicazioni all'ambito organizzativo contabile del servizio o del centro di costo, assicurando, in tal modo, l'«unitarietà» informativa necessaria al buon funzionamento del sistema dei controlli.

Per quanto riguarda il controllo di gestione, il questionario è incentrato sugli aspetti sopra evidenziati, con particolare riferimento a: report prodotti durante l'anno; azioni correttive poste in essere; grado di raggiungimento degli obiettivi programmati; indicazione del numero e della tipologia degli indicatori sviluppati attraverso tale sistema di controllo interno. Ai fini del monitoraggio del controllo in esame, molto importanti appaiono le informazioni richieste in merito all'organizzazione dell'ufficio, preposto a tale controllo, ed ai tassi di copertura dei servizi, questi ultimi derivanti necessariamente da una, non più rinviabile, sistematica contabilità economico-patrimoniale all'interno degli enti locali.

Controllo strategico.

Il raffronto tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti avviene in sede di controllo strategico, quando l'ente locale ha modo di verificare lo stato di attuazione dei programmi (art. 147 -ter del TUEL). Dal 2015 vi sono obbligati anche i comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti. Il riesame della programmazione implica che si ponga in discussione l'eventuale scostamento dell'attività amministrativa dagli obiettivi, per cui se ne verificano la conformità sia alle scelte dei dirigenti, che all'adeguatezza delle risorse umane, finanziarie e materiali.

Essendo impostato in modo da misurare il risultato, inteso come impatto dell'azione politica sulla collettività, si comprende, in parte, la passata, scarsa adesione degli enti a questo tipo di verifica. Si richiama, invece, all'attenzione l'importanza della valutazione delle scelte compiute nell'attuazione degli indirizzi, ricordando che l'elemento che contraddistingue questo controllo è la revisione della programmazione, con la concomitante assunzione di una rinnovata strategia, meglio orientata alle realizzazioni dei risultati non ottenuti.

Per questi motivi il questionario s'incentra su tematiche collegate, quali le delibere di ricognizione dei programmi, le verifiche periodiche del loro stato di attuazione e la percentuale di raggiungimento degli obiettivi strategici. Quest'ultimo profilo, non indagato lo scorso anno, fa riferimento ai risultati intermedi e finali che definiscono, in termini di effettività, i livelli di bisogni soddisfatti durante l'attività considerata. Viene dato un maggiore spazio all'uso degli indicatori, alle azioni correttive e ai report redatti, specie se emanati con delibera degli organi d'indirizzo politico.

L'accentuata sinteticità del questionario non deve far dimenticare agli enti la centralità delle delibere di approvazione dei programmi e delle eventuali modifiche, che si rendano necessarie, allorché, dalla gestione posta in essere, emergano profili (quali gli aspetti economici e sociali

connessi ai risultati, i tempi di realizzazione rispetto alle previsioni e le procedure realmente poste in essere) non coincidenti rispetto agli obiettivi originariamente preordinati.

Controllo sugli equilibri finanziari.

Il controllo disciplinato dall'art. 147 *-quinquies* del TUEL richiede al responsabile del servizio finanziario, sotto la vigilanza dell'organo di revisione, la verifica del permanere degli equilibri finanziari della gestione di competenza, dei residui e della cassa. Tali verifiche che si esplicitano nel collegamento all'art. 1, commi 166 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ove bilanci e rendiconti vengono raffrontati agli obiettivi posti dal patto di stabilità interno, ai vincoli in materia di indebitamento, alla sostenibilità dell'indebitamento stesso e all'assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare gli equilibri. La sua disciplina va obbligatoriamente contenuta nel regolamento di contabilità e non può prescindere dall'esame dell'andamento economico finanziario degli organismi gestionali esterni, almeno nella misura in cui comportino ripercussioni sul bilancio dell'ente. Questo tipo di controllo, introdotto dall'art. 148 *-bis*, rafforza il tradizionale controllo di cui al citato comma 166 dell'art. 1 della legge n. 266/2005 e coinvolge, ognuno per la sua parte, gli organi di governo, il segretario e i responsabili dei servizi, rispetto ai quali il responsabile del servizio finanziario si pone in posizione di generale coordinamento.

La logica di questo tipo di controllo è identificare i flussi informativi relativi al monitoraggio di debiti e crediti, con riferimento alla loro formazione, estinzione nonché ai tempi medi di pagamento, in modo da conoscere, in via continuativa, il permanere degli equilibri finanziari. Il tutto deve, ovviamente, avvenire nel rispetto delle norme disciplinanti il concorso degli enti locali agli obiettivi di finanza pubblica ed in attuazione del principio del pareggio di bilancio.

Il questionario relativo al 2015 ha soppresso numerose domande contenute nel precedente questionario, ma ha reiterato i primi quesiti, concernenti principalmente i soggetti coinvolti, i raffronti tra pagamenti e disponibilità, nonché le misure per la salvaguardia e il ripristino degli equilibri. Come per gli altri controlli è stata inserita una domanda sul numero di report redatti nel corso dell'anno.

Per accertare che si prevenivano i problemi, è stato inserito, altresì, un quesito teso a verificare se l'ente, in vista della salvaguardia degli equilibri, abbia fatto ricorso, per l'equilibrio di competenza, alla quota libera dell'avanzo di amministrazione e, se per l'equilibrio di cassa, al momento dell'adozione di impegni di spesa, il responsabile abbia verificato che il programma dei pagamenti fosse compatibile con i relativi stanziamenti di cassa. Il regolamento di contabilità dell'ente, come previsto dall'art. 153, comma 6, del TUEL, deve disciplinare le segnalazioni, che, in caso di situazioni che possano pregiudicare gli equilibri di bilancio, il responsabile del servizio economico-finanziario è tenuto ad inviare (entro sette giorni) al legale rappresentante dell'ente, al presidente del consiglio dell'ente, al segretario e all'organo di revisione, nonché alla competente Sezione regionale di controllo della Corte dei conti. In tali circostanze, il Consiglio provvede, entro trenta giorni dal ricevimento della segnalazione, al relativo riequilibrio, anche su proposta della giunta. Questo tipo di controllo rafforza il ruolo del segretario e del responsabile finanziario.

Controllo sugli organismi partecipati.

Il controllo sugli organismi partecipati ha lo scopo di consentire all'ente di esprimersi sul grado di raggiungimento degli obiettivi, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, affi dati agli stessi, in conformità a quanto disposto dall'art. 147 *-quater* del TUEL. Dal 2015 vi sono obbligati tutti i comuni superiori a 15.000 abitanti.

L'ente è tenuto ad effettuare monitoraggi periodici sull'andamento dei propri organismi partecipati, strumentali alla verifica di eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi assegnati, per procedere tempestivamente a porre in essere le opportune azioni correttive, anche per evitare squilibri economico-finanziari rilevanti per il bilancio dell'ente stesso.

Mediante il bilancio consolidato è possibile pervenire alla dimostrazione dei risultati complessivamente conseguiti in termini di «gruppo ente locale».

Il questionario s'incentra sugli aspetti sopra evidenziati, con particolare riferimento ai report prodotti durante l'anno, le azioni correttive poste in essere, l'indicazione del numero e della tipologia degli indicatori sviluppati attraverso tale sistema di controllo interno. Molto importanti sono le informazioni richieste in tema di organizzazione dell'ufficio preposto a tale controllo ed ai tassi medi di realizzazione degli obiettivi affidati a ciascun organismo partecipato.

Controllo di qualità.

Dal 2015 diventa obbligatorio per i comuni superiori a 15.000 abitanti, anche il controllo di qualità dei servizi. Esso deve tener conto della tipicità dei bisogni, cui si deve dare risposta e delle esigenze di trasparenza ed integrità dell'azione amministrativa. La misurazione della qualità, e quindi della soddisfazione degli utenti interni ed esterni, obbliga gli enti a perseguire obiettivi adeguati, individuando preventivamente i relativi standard. L'essenziale raffronto tra la qualità programmata e quella erogata obbliga l'ente a soffermarsi sugli aspetti organizzativi interni, in modo che il processo di qualità arrivi a un risultato congruo.

Si rammenta, inoltre, che i contratti e le carte di servizio devono poter verificare la qualità del servizio reso rispetto a quello fattibile, la misura in cui gli stakeholders abbiano eventualmente influenzato la rilevazione delle prestazioni e l'adeguatezza del sistema organizzativo interno a governare il nuovo processo.

Il questionario di quest'anno ha eliminato alcuni quesiti, si è soffermato sui servizi indagati, sulla frequenza della misurazione della soddisfazione dell'utenza e sul personale impiegato. Per gli indicatori utilizzati si è fatto riferimento ad una esemplificazione dei parametri ricorrentemente utilizzati. Si vuole in questa sede sottolineare come le domande sul controllo di qualità siano utili ed anzi necessarie ad individuare il potenziale di miglioramento dell'amministrazione.

Le presenti linee guida declinano i criteri per la verifica del funzionamento dei controlli interni degli enti locali, in conformità alle prescrizioni del legislatore in materia (art. 148 del decreto legislativo n. 267/2000- TUEL, come novellato dall'art. 3, comma 1, sub e) del decreto-legge n. 174/2012 e da ultimo dall'art. 33 del decreto-legge n. 91/2014).

La relazione riguardante i controlli svolti nell'anno 2015 dovrà essere trasmessa alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, competenti per territorio, nonché alla Sezione delle autonomie, entro il 31 maggio 2016.

MINISTERO DELL'INTERNO

Determinazione della sanzione ad alcuni comuni, per mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2013 a seguito di accertamento successivo. (GU n. 53 del 4.3.16)

Si comunica che in data 23 febbraio 2016 è stato emanato il decreto del Direttore centrale della finanza locale concernente la determinazione della sanzione ad alcuni comuni per il mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2013 a seguito di accertamento successivo.

DECRETO 1° marzo 2016 .- Ulteriore differimento dal 31 marzo al 30 aprile 2016 del termine per la deliberazione del bilancio di previsione per l'anno 2016 da parte degli enti locali, ad eccezione delle città metropolitane e delle province, per le quali lo stesso termine viene ulteriormente differito al 31 luglio 2016. (GUn n. 55 del 7.3.16)

IL MINISTRO DELL'INTERNO

Visto l'art. 151, comma 1, del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (TUEL), che fissa al 31 dicembre il termine per la deliberazione da parte degli enti locali del bilancio di previsione per l'anno successivo e dispone che il termine può essere differito con decreto del Ministro dell'interno, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, in presenza di motivate esigenze;

Visto l'art. 163, comma 3, del TUEL, relativo all'esercizio provvisorio del bilancio;

Visto il precedente decreto in data 28 ottobre 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 254 del 31 ottobre 2015, come rettificato dal decreto in data 9 novembre 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 268 del 17 novembre 2015, con il quale il termine per la deliberazione del bilancio di previsione da parte degli enti locali, per l'anno 2016, è stato differito al 31 marzo;

Viste le richieste dell'Associazione nazionale comuni italiani (A.N.C.I.) e dell'Unione delle province d'Italia (U.P.I.) di ulteriore differimento del predetto termine per gli enti locali, formulate nel corso della seduta della Conferenza Stato-città ed autonomie locali del 18 febbraio 2016;

Considerato che per gli enti locali permangono difficoltà per la predisposizione dei bilanci di previsione per l'anno 2016, non disponendo ancora in maniera completa di dati certi per quanto attiene alle risorse finanziarie disponibili;

Ritenuto, pertanto, necessario e urgente differire ulteriormente, per i suddetti motivi, i termini della deliberazione del bilancio di previsione degli enti locali per l'esercizio 2016;

Acquisito il parere favorevole della Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta del 18 febbraio 2016, previa intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Decreta:

Art. 1.

Ulteriore differimento del termine per la deliberazione del bilancio di previsione 2016 degli enti locali

1. Il termine per la deliberazione del bilancio di previsione per l'anno 2016 da parte degli enti locali è ulteriormente differito dal 31 marzo 2016 al 30 aprile 2016, con eccezione delle città metropolitane e delle province, per le quali il termine è differito al 31 luglio 2016.

2. Ai sensi dell'art. 163, comma 3, del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, è autorizzato per gli enti locali l'esercizio provvisorio del bilancio.

Roma, 1° marzo 2016

Il Ministro: ALFANO

FISCO

COMMISSIONE TRIBUTARIA REGIONALE DEL LAZIO

DECRETO 29 febbraio 2016 .- Nomina del Garante del contribuente per la Regione Lazio. (GU n. 81 del 14.3.16)

IL PRESIDENTE F.F.

Visto l'art. 13 della legge 27 luglio 2000, n. 212, come modificato dall'art. 94, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dall'art. 4, comma 36, della legge 12 novembre 2011, n. 183, che prevede l'istituzione del Garante del contribuente presso ogni Direzione regionale delle entrate ed il potere di nomina del medesimo in capo al Presidente della Commissione tributaria regionale, nella cui circoscrizione è compresa la Direzione regionale dell'Agenzia delle entrate;

Premesso che in data 21 febbraio 2016 è scaduto l'incarico di Garante del contribuente per la Regione Lazio, conferito al dott. Elio Quiligotti con decreto del Presidente della Commissione tributaria regionale del Lazio prot. 38/RSP del 21 febbraio 2012, per cui occorre procedere alla nomina di un nuovo Garante;

Rilevato che il potere del Presidente della Commissione tributaria regionale di nominare il Garante, di natura esclusiva e discrezionale, va congruamente motivato e non può considerarsi limitato dalla previsione della rinnovabilità dell'incarico "tenendo presenti professionalità, produttività ed attività già svolta" dal Garante in carica (art. 13, comma 3, l. n. 212/2000);

Viste le domande presentate dagli appartenenti alla categoria sub *a*) dell'art. 13, comma 2, l. n. 212/2000 e le designazioni effettuate dagli Organismi professionali interpellati quanto alle categorie sub *c*) del medesimo comma 2 dell'art. 13;

Vista, altresì, la risoluzione n. 5 del 21 novembre 2000 del Consiglio di Presidenza della Giustizia Tributaria, recante criteri per la nomina del Garante del contribuente, nelle parti in cui è tuttora

valida dopo la trasformazione dell'organo da collegiale a monocratico, disposta dall'art. 4. comma 36. lett. *al*) , l. n. 183/2011:

Considerato che la designazione effettuata dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma è pervenuta oltre il termine fissato e, comunque, consta dell'indicazione del solo nominativo del designato, senza alcun altro elemento utile a valutarne requisiti e capacità professionali, sicché non può essere presa in esame per la decisione;

Considerato che l'esame del *curriculum* di ciascuno dei soggetti appartenenti alla categoria dei Commercialisti e dei Ragionieri collegiati, designati dall'Ordine di appartenenza (rag. Remo Bianchini, dott. Adolfo Cucinella, dott. Pierluigi De Viti, dott. Cosimo Pergola, dott. Luciano Quaranta, dott. Achille Salvatori, dott. Vittorio Silvestri), mette in luce professionalità di buon livello, ma non paragonabili, per esperienza e competenza specifici che, a quelle degli altri tre richiedenti (prof. Francesco D'Ayala Valva, dott. Angelo Gargani e dott. Elio Quiligotti);

Ritenuto che, pur meritando apprezzamento e valutazione favorevole l'operato svolto dal dott. Quiligotti come Garante del contribuente nel quadriennio appena concluso, ciò non comporta ex se alcun automatismo nella riconferma dell'incarico, soprattutto in presenza di altre candidature di notevole levatura professionale, che devono essere pertanto vagliate;

Ritenuto che il prof. D'Ayala Valva, il dott. Gargani e il dott. Quiligotti vantano tutti elevatissima preparazione professionale, nonché pluralità di esperienze lavorative specifiche, indipendenza e integrità morale sostanzialmente equivalenti;

Ritenuto che, a parità delle altre condizioni, il più idoneo criterio ispiratore della scelta appare quello di assicurare un avvicendamento nel titolare dell'Ufficio, così dando seguito al criterio posto a fondamento del precedente decreto di nomina del Garante (prot. n. 38/RSP del 21 febbraio 2012);

Ritenuto, infine, di prediligere il candidato che non abbia ancora mai svolto le relative funzioni, condizione nella quale versa il dott. Gargani, mentre il prof. D'Ayala Valva ha già ricoperto l'incarico, nella veste di Presidente dell'Ufficio quando esso aveva assetto collegiale, in tre diverse Regioni nel periodo compreso fra il 2001 e il 2011 (dal 2001 al 2005 nella Regione Abruzzo, dal 2005 al 2009 nella Regione Molise, dal 2009 al 2011 nella Regione Lazio

P.Q.M.

nomina Garante per il contribuente per la Regione Lazio, con decorrenza immediata, il dott. Angelo Gargani, nato a Morra de Sanctis (AV) il 25 giugno 1939, residente in Roma alla Via Mario Montefusco n. 3, magistrato ordinario in pensione;

Rammenta al nominato che all'atto dell'accettazione dell'incarico, entro dieci giorni dalla comunicazione del presente provvedimento, dovranno risultare cessate eventuali incompatibilità in corso;

Manda alla Segreteria di comunicare immediatamente il presente decreto all'On.le dell'economia e delle finanze, al Consiglio di Presidenza della Giustizia Tributaria, alla Direzione regionale delle entrate del Lazio e al diretto interessato, nonché per gli ulteriori eventuali adempimenti.

Del presente decreto sarà richiesta la pubblicazione immediata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 29 febbraio 2016

Il presidente f.f.: ODDI

MINORI

PARLAMENTO NAZIONALE

DETERMINAZIONE 3 marzo 2016 .

Nomina del titolare dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (BUR n. 53 del 4.3.16)

IL PRESIDENTE

DEL SENATO DELLA REPUBBLICA

E

LA PRESIDENTE DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

Visto l'articolo 2 della legge 12 luglio 2011, n. 112;

D'intesa tra loro;

Nominano la dottoressa Filomena Albano titolare dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza.

Roma, 3 marzo 2016

Il Presidente del Senato

della Repubblica

GRASSO

La Presidente della Camera

dei deputati

BOLDRINI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 16 febbraio 2016 . Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso il Tribunale per i minorenni di Catanzaro, il Tribunale di sorveglianza di Ancona, il Tribunale di sorveglianza di Reggio Calabria, l'Ufficio di sorveglianza di Ancona e l'Ufficio di sorveglianza di Reggio Calabria - settore penale. (GU n. 59 dell'11.3.16)

IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

Visto l'art. 16 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese », convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013) », il quale demanda ad uno o più decreti del Ministro della giustizia la fissazione della data a decorrere dalla quale le notificazioni a persona diversa dall'imputato a norma degli articoli 148, comma 2 -bis , 149, 150 e 151, comma 2, del codice di procedura penale, nei procedimenti dinanzi ai tribunali e alle corti di appello, debbano avvenire esclusivamente per via telematica all'indirizzo di posta elettronica certificata risultante da pubblici elenchi o comunque accessibili alle pubbliche amministrazioni, secondo la normativa, anche regolamentare, concernente la sottoscrizione, la trasmissione e la ricezione dei documenti informatici;

Visto il decreto del Ministro della giustizia in data 21 febbraio 2011, n. 44, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 89 del 18 aprile 2011, recante «Regolamento concernente le regole tecniche per l'adozione nel processo civile e nel processo penale delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, in attuazione dei principi previsti dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 dicembre 2009, n. 193, convertito nella legge 22 febbraio 2010 n. 24.»;

Verificata la funzionalità dei servizi di comunicazione dei documenti informatici degli uffici giudiziari nel Tribunale per i minorenni di Catanzaro, nel Tribunale di sorveglianza di Ancona, nel Tribunale di sorveglianza di Reggio Calabria, nell'Ufficio di sorveglianza di Ancona e nell'Ufficio di sorveglianza di Reggio Calabria, come da comunicazione del Responsabile per i Sistemi informativi Automatizzati;

Rilevata la necessità di dare attuazione a quanto previsto dall'art. 16 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)» per il Tribunale per i minorenni di Catanzaro, Tribunale di sorveglianza di Ancona, il Tribunale di sorveglianza di Reggio Calabria, l'Ufficio di sorveglianza di Ancona e l'Ufficio di sorveglianza di Reggio Calabria, limitatamente al settore penale; sentiti l'Avvocatura generale dello Stato, il Consiglio Nazionale Forense e i Consigli dell'Ordine degli Avvocati di Castrovillari, Catanzaro, Cosenza, Crotone, Lamezia Terme, Paola,

Vibo Valentia, Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata, Pesaro, Urbino, Locri, Palmi e Reggio Calabria;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 1.

1. È accertata la funzionalità dei servizi di comunicazione di cui all'art. 16, comma 10, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito con modificazioni

dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)» presso il Tribunale per i minorenni di Catanzaro, il Tribunale di sorveglianza di Ancona, il Tribunale di sorveglianza di Reggio Calabria, l'Ufficio di sorveglianza di Ancona e l'Ufficio di sorveglianza di Reggio Calabria

2. Negli uffici giudiziari di cui al comma 1, le notificazioni a persona diversa dall'imputato a norma degli articoli 148, comma 2 -bis, 149, 150 e 151, comma 2, del codice di procedura penale, sono effettuate esclusivamente per via telematica.

Art. 2.

1. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 16 febbraio 2016

Il Ministro: ORLANDO

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti in data 25 novembre 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Con ministeriale n. 36/0001465/MA004.A007/FAR-L-97 del 4 febbraio 2016, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) in data 25 novembre 2015, con la quale è stato stabilito in € 32,50 l'ammontare del contributo per la sezione assistenza dovuto dagli iscritti per l'anno 2016.

Approvazione della delibera n. 204/15/DIST adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 10 settembre 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Con ministeriale n. 36/0000440/MA004.A007/COM-L-140 del 14 gennaio 2016, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 204/15/DIST, adottata dal consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 10 settembre 2015, concernente la rivalutazione delle pensioni e dei contributi, con decorrenza 1° gennaio 2016, in applicazione dell'indice generale annuo dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, ai sensi dell'art. 11, comma 3, e dell'art. 20 -bis del regolamento di disciplina del regime previdenziale.

Approvazione della delibera n. 5/15/AdD adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 22 aprile 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Con ministeriale n. 36/0000935/MA004.A007/COM-L-137 del 25 gennaio 2016, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 5/15/AdD, adottata dall'Assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 22 aprile 2015, concernente la modifica dell'art. 21 del Regolamento di disciplina del regime previdenziale, in materia di riscatto delle annualità contributive del corso legale di laurea, del servizio militare e del periodo di tirocinio professionale.

Approvazione della delibera n. 6/15/AdD adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 22 aprile 2015. (GU n. 51 del 2.3.16)

Con ministeriale n. 36/0000936/MA004.A007/COM-L-138 del 25 gennaio 2016, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 6/15/AdD, adottata dall'Assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 22 aprile 2015, concernente modifiche all'art. 10 e relativo Disciplinare G del nuovo Regolamento di disciplina delle funzioni di assistenza e mutua solidarietà.

Approvazione della delibera n. 35/26SET2015/VIICDA adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei veterinari, in data 26 settembre 2015. (GU n.62 del 15.3.16)

Con ministeriale n. 36/0002349/MA004.A007/VET-L-61 del 22 febbraio 2016 è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 35/26SET2015/VIICDA adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei veterinari (ENPAV), in data 26 settembre 2015, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2016 in misura pari a € 67,00.

Approvazione della delibera n. 459 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza forense, in data 14 maggio 2015. (GU n.62 del 15.3.16)

Con ministeriale n. 36/0002571/MA004.A007/AVV-L-121 del 25 febbraio 2016 è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze ed il Ministero della giustizia, la delibera n. 459 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza forense, in data 14 maggio 2015, concernente l'aggiornamento della tabella dei coefficienti di rivalutazione dei redditi ai sensi dell'art. 4, comma 7 del Regolamento per le prestazioni previdenziali, per il calcolo delle pensioni con decorrenza anno 2016.

Approvazione della delibera n. 39/23SETT2014/VIICDA adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei veterinari, in data 23 settembre 2014. (GU n.62 del 15.3.16)

Con ministeriale n. 36/0016466/MA004.A007/VET-L-55 del 28 novembre 2014 è stata approvata, con condizioni, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 39/23SETT2014/ VIICDA adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei veterinari (ENPAV), in data 23 settembre 2014, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2015 in misura pari a € 67,00.

Preso atto dei dati di bilancio consuntivo 2014 e preventivo 2015, si comunica che con nota prot. n. 2350 del 22 febbraio 2016 la delibera n. 39/2014 è stata definitivamente approvata.

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 novembre 2015 . - Modalità di erogazione del contributo in caso di inidoneità alla donazione. (GU n. 55 del 7.3.16)

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante: “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati” e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare l'art. 8, comma 2, che prevede che “in caso di inidoneità alla donazione è garantita la retribuzione dei donatori lavoratori dipendenti, limitatamente al tempo necessario all'accertamento dell'idoneità e alle relative procedure. A tal fine è autorizzata, a titolo di contributo a carico del bilancio dello Stato, la spesa massima di euro 406.000 annui a decorrere dall'anno 2005”;

Visto, altresì, il medesimo art. 8, comma 2, della legge 219 del 2005 che stabilisce che “con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentita la Consulta, sono disciplinate le modalità di erogazione del contributo”;

Visto, l'art. 8, comma 3, della citata legge 219 del 2005 che prevede che “i certificati relativi alle prestazioni effettuate sono rilasciate al donatore dalla struttura trasfusionale che le ha effettuate”;

Visto il decreto del Ministro della salute 3 marzo 2005, recante: “Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue ed emocomponenti”, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 13 aprile 2005, n. 85;

Visto il decreto del Ministro della salute 3 marzo 2005, recante: “Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti”, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 13 aprile 2005, n. 85;

Visto il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante “Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti”;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante: “Attuazione della direttiva 2005/61/CE, che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi”;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante: “Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali”;

Vista la legge 4 novembre 2010, n. 183, recante “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”;

Visto l'Accordo tra il Governo e le regioni e Province autonome di Trento e Bolzano recante i principi generali e i criteri per la regolamentazione dei rapporti tra le regioni e le province autonome e le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 20 marzo 2008 (Rep. Atti n. 115/CSR);

Visto l'Accordo tra il Governo e le regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR);

Tenuto conto anche di quanto previsto dal decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale dell'8 aprile 1968 recante "Norme di attuazione della legge 13 luglio 1967, n. 584, per il riconoscimento al donatore di sangue del diritto ad una giornata di riposo e alla corresponsione della retribuzione", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 29 aprile 1968, n. 108;

Considerata, pertanto, la necessità di stabilire le modalità di erogazione del contributo previsto;

Sentito l'Istituto nazionale previdenza sociale;

Acquisito il parere della Sezione tecnica per il sistema trasfusionale del Comitato tecnico sanitario che, ai sensi del decreto del presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44 Regolamento recante il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183, ha sostituito le funzioni della Consulta Tecnica Permanente per il Sistema Trasfusionale, espresso nella seduta del 10 giugno 2015;

Decreta:

Art. 1.

1. I casi di inidoneità alla donazione per le quali è garantita la retribuzione dei donatori lavoratori dipendenti, limitatamente al tempo necessario all'accertamento dell'idoneità e alle relative procedure, sono i seguenti:

- a) sospensione o esclusione del donatore per motivi sanitari, secondo i criteri di esclusione o sospensione dalla donazione, previsti dalla normativa vigente;
- b) mancata decorrenza dei tempi di sospensione, previsti dalla normativa vigente, tra una donazione e la successiva;
- c) rilevata esigenza di non procedere al prelievo per specifico emocomponente e/o gruppo sanguigno, in base alla programmazione dei bisogni trasfusionali.

2. La non idoneità del donatore è certificata dal medico, responsabile della selezione del donatore, del servizio trasfusionale o relativa articolazione organizzativa o dell'Unità di raccolta, gestita dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue.

3. Il donatore lavoratore dipendente, unitamente all'istanza da inoltrare al proprio datore di lavoro, allega la certificazione di inidoneità di cui al comma 2, ai fini della garanzia della retribuzione.

4. Il datore di lavoro procederà al conguaglio, o negli specifici casi previsti dalla norma alla richiesta di pagamento diretto, dell'importo della retribuzione corrisposta ai lavoratori dipendenti non idonei, ai sensi del comma 2 dell'art. 8, della legge 219 del 2005, secondo le specifiche modalità stabilite dall'Istituto nazionale della previdenza sociale.

Art. 2.

Contribuzione figurativa

1. Nei casi di cui all'art. 1 del presente decreto, è riconosciuta la contribuzione figurativa limitatamente al tempo necessario all'accertamento dell'idoneità e alle relative procedure.

2. La contribuzione figurativa in parola è valorizzata ai sensi dell'art. 40 della legge 4 novembre 2010, n. 183 ed è posta a carico della gestione previdenziale in cui è accreditata.

3. Il datore di lavoro provvede ad inviare all'ente previdenziale i dati necessari a determinare la collocazione e il valore della contribuzione figurativa ai sensi del richiamato art. 40 della legge 4 novembre 2010, n. 183.

4. Il datore di lavoro provvede ai sensi del comma 3 del presente articolo anche per l'accredito e la valorizzazione dei periodi antecedenti all'emanazione del presente decreto ove l'istituto previdenziale necessita di integrazioni informative.

Art. 3.

1. Il contributo finanziario previsto dall'art. 8, comma 2, stanziato sul capitolo di spesa n. 4389, denominato "Somme occorrenti a garantire la retribuzione ai donatori di sangue ed emocomponenti lavoratori dipendenti dichiarati inidonei alla donazione", dello stato di previsione del Ministero della salute, è annualmente erogato all'INPS per l'attuazione del disposto normativo e delle attività ad essa connesse.

2. L'INPS fornirà al Ministero della salute, l'anno successivo all'erogazione del contributo, relazione comprensiva anche del numero di donatori che usufruiscono dei benefici di cui all'art. 8, commi 1 e 2, della legge 21 ottobre 2005, n 219

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 23 dicembre 2015 .- Fondo sanitario nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. (Delibera n. 122/2015). (GU n. 58 del 10.3.16)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Vista la legge 23 dicembre 1996, n. 662, in particolare l'art. 1, comma 34 che prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni), può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale (FSN) per la realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale;

Visto altresì il comma 34 *-bis* del medesimo art. 1 della citata legge n. 662/1996 - introdotto dall'art. 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 e successive modificazioni — il quale stabilisce che, al fine di perseguire i suddetti obiettivi, le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute e approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni;

Vista la richiamata legge 27 dicembre 1997, n. 449, e in particolare l'art. 32, comma 16, che dispone, tra l'altro, che le Province autonome di Trento e Bolzano, la Regione Valle d'Aosta e la Regione Friuli-Venezia Giulia provvedano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e dell'art. 1, comma 144, della citata legge n. 662/1996;

Vista la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), che all'art. 1, comma 830, fissa nella misura del 49,11 per cento il concorso a carico della Regione Sicilia e, al comma 836, stabilisce che la Regione Sardegna, dall'anno 2007, provveda al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun contributo a carico del bilancio dello Stato;

Visto il decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 (convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2008, n. 133), che all'art. 79, comma 1 *-quater*, lettera *b*) prevede, tra l'altro, che dall'anno 2009, al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34 *-bis* del citato articolo 1 della legge 662/1996, il Ministero dell'economia e finanze provvede ad erogare a titolo di acconto il 70 per cento dell'importo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della salute, dei progetti presentati dalle regioni;

Considerato altresì che al medesimo comma 1 *-quater*, lettera *b*), dell'art. 79 del citato decreto-legge n. 112/2008, si prevede che la mancata presentazione e approvazione dei progetti comporta, per l'anno di riferimento, la mancata erogazione a favore delle regioni della quota residua del 30 per cento e il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle medesime regioni nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

Vista la propria delibera n. 16/2012 che nel ripartire tra le regioni le risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011 accantona la somma di 28.000.000 di euro comprensiva del finanziamento dei progetti regionali e interregionali per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e in altre località caratterizzate da difficoltà di accesso;

Vista la propria delibera n. 142/2012 che nel ripartire le medesime risorse di cui sopra per l'anno 2012 accantona la somma di 4.000.000 di euro per la realizzazione di un progetto interregionale in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e in altre località caratterizzate da difficoltà di accesso;

Vista la propria delibera n. 54/2014 che nel ripartire le stesse risorse vincolate di cui sopra per l'anno 2013 accantona per il medesimo scopo la somma di 3.000.000 di euro;

Vista la nota n. 8475 del 29 settembre 2015 con la quale è stata trasmessa la proposta del Ministero della salute concernente il riparto tra le regioni delle risorse pari a 27.000.000 di euro vincolate sulle disponibilità del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2011 (importo accantonato di 20.000.000 di euro), 2012 (importo accantonato di 4.000.000 di euro), 2013 (importo accantonato di 3.000.000 di euro) per la realizzazione di progetti di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso;

Tenuto conto che nella sopra indicata proposta del Ministero della salute, conformemente a quanto richiesto dalla Commissione salute del Coordinamento delle regioni, viene stabilito che le disponibilità oggetto del riparto, pari a 27.000.000 di euro, vengono destinate per il 70% alle regioni dove sono presenti isole minori e per il 30% restante alle regioni caratterizzate da particolari difficoltà di accesso;

Tenuto conto altresì, che tali disponibilità vengono ripartite sulla base dei criteri di accesso relativi al riparto della quota indistinta del finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

Tenuto conto inoltre, che in base alla medesima proposta del Ministero della salute le regioni capofila per area geografica – il Veneto per il Nord, la Toscana per il Centro e la Sicilia per il Sud – hanno predisposto, di concerto con il Ministero della salute e la Commissione salute del Coordinamento delle regioni, il progetto pilota alle cui linee programmatiche le Regioni interessate dovranno fare riferimento nella elaborazione dei singoli progetti attuativi e nella redazione delle relative relazioni;

Considerato che le regioni capofila hanno il compito di coordinare e supportare le regioni interessate nella predisposizione ed esecuzione dei singoli progetti regionali;

Considerato che i progetti regionali approvati con delibera regionale o altro atto equivalente devono essere presentati, entro sessanta giorni dalla data della presente deliberazione, alla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, e che, come stabilito nella proposta, l'iter attuativo dei progetti dovrà concludersi entro tre anni a decorrere dalla data di approvazione della presente delibera;

Considerato che in caso di mancata presentazione alla citata Direzione generale della programmazione, dei progetti entro il predetto termine o di valutazione negativa del progetto o delle relative relazioni, le risorse non assegnate verranno redistribuite tra le regioni partecipanti secondo i criteri utilizzati nel riparto oggetto della presente delibera;

Vista l'intesa, sulla presente proposta di riparto, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 146/CSR);

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);

Vista l'odierna nota n. 5587-P, predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base della presente delibera;

Su proposta del Ministro della salute;

Delibera:

1. A valere sulle disponibilità del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2011, 2012 e 2013, la somma complessiva di 27.000.000 di euro vincolata e accantonata per la realizzazione di progetti di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, così come richiamato nelle premesse, viene ripartita ed assegnata tra le Regioni secondo le seguenti modalità:

1) 600.000 euro, da destinare in quote di 200.000 euro ciascuna alle regioni capofila (Veneto, Toscana e Sicilia) per l'attività di redazione del progetto pilota e di coordinamento ed affiancamento alle regioni per la realizzazione dei singoli progetti regionali, nonché per le attività di collegamento e relazione verso il Ministero della salute e gli altri enti centrali;

2) 26.400.000 euro per il finanziamento dei progetti regionali così suddivisi:

a) 18.480.000 euro a favore delle isole minori composti per 13.580.000 euro da somme a valere sul FSN 2011, per 2.800.000 euro da somme a valere sul FSN 2012 e per 2.100.000 euro da somme a valere sul FSN 2013.

b) 7.920.000 euro a favore di località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, composti per 5.820.000 euro da somme a valere sul FSN 2011, per 1.200.000 euro da somme a valere sul FSN 2012 e per 900.000 euro da somme a valere sul FSN 2013.

L'erogazione dell'acconto, per un importo di 10.300.000 euro, pari al 50% delle somme vincolate per l'anno 2011 e comprensivo della quota per l'attività di coordinamento delle Regioni capofila, avviene all'atto della presente delibera.

L'erogazione di un ulteriore 30% delle somme vincolate per l'anno 2011, pari a 5.820.000 euro sarà effettuata dopo la positiva valutazione dei progetti da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 23 marzo 2005.

L'erogazione del rimanente 20% delle somme vincolate per l'anno 2011, pari a 3.880.000 euro, della intera somma vincolata per l'anno 2012, pari a 4.000.000 di euro e dell'intera somma vincolata per l'anno 2013, pari a 3.000.000 di euro, per un totale di 10.880.000 euro sarà effettuata a titolo di saldo al verificarsi di tali condizioni:

c) valutazione positiva della relazione finale sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, da trasmettere al Ministero della salute entro tre anni a decorrere dalla data di approvazione della presente delibera;

d) dimostrata sostenibilità a regime degli interventi messi in atto nell'ambito dei singoli progetti regionali, con le risorse della quota indistinta del fondo sanitario nazionale.

L'esito della valutazione dovrà essere trasmesso a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute al sopramenzionato Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Si allega la tabella di riparto che costituisce parte integrante della presente delibera.

Roma, 23 dicembre 2015

Il Presidente: RENZI

Il Segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti il 26 febbraio 2016

Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 398

DELIBERA 23 dicembre 2015 . Fondo sanitario nazionale 2013: finanziamento borse di studio in medicina generale, terza annualità triennio 2011-2014, seconda annualità triennio 2012-2015 e prima annualità triennio 2013-2016. Fondo sanitario nazionale 2014: finanziamento borse di studio in medicina generale, terza annualità triennio 2012-2015, seconda annualità triennio 2013-2016 e prima annualità triennio 2014-2017. (Delibera n. 121/2015). (GU n. 58 del 10.3.16)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Visto il decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito con modificazioni dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, che all'art. 5, commi 2 e 3 stabilisce, tra l'altro, che una quota del Fondo sanitario nazionale (FSN) di parte corrente sia riservata all'erogazione di borse di studio per la formazione specifica in medicina generale, secondo la direttiva del Consiglio delle Comunità europee n. 86/457 del 15 settembre 1986;

Visto il decreto-legge 30 maggio 1994, n. 325, convertito con modificazioni dalla legge 19 luglio 1994, n. 467, il quale dispone, all'art. 3, che i fondi riservati, destinati alla formazione specifica in medicina generale ai sensi del sopra citato art. 5 del decreto-legge n. 27/1988, siano utilizzati per l'assegnazione di borse di studio ai medici che partecipano ai corsi di formazione e per il finanziamento degli oneri connessi all'organizzazione degli stessi corsi;

Visto il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che all'art. 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni), l'assegnazione annuale delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente a favore delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, a norma dell'art. 3, commi 143-151, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

Vista la legge 27 dicembre 1997, n. 449 recante misure per la stabilizzazione della finanza pubblica e, in particolare, l'art. 32, comma 16, che dispone, tra l'altro, che le Province autonome di Trento e Bolzano, la Regione Valle d'Aosta e la Regione Friuli-Venezia Giulia provvedano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e dell'art. 1, comma 144, della citata legge n. 662/1996;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che all'art. 115, comma 1, lettera a), dispone che il riparto delle

risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, avvenga previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, a norma dell'art. 1, della legge 15 marzo 1997, n. 59;

Visto il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e in particolare il titolo IV, Capo I «Formazione specifica in medicina generale», articoli 21-32 che disciplinano l'organizzazione dei corsi di formazione specifica in medicina generale, della durata di tre anni, riservati a laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale;

Vista la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), che all'art. 1, comma 830, fissa nella misura del 49,11 per cento il concorso a carico della Regione Sicilia e, al comma 836, stabilisce che la Regione Sardegna, dall'anno 2007, provveda al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun contributo a carico del bilancio dello Stato;

Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), la quale, all'art. 1, comma 561, dispone, tra l'altro, che a decorrere dall'anno 2015 l'importo di 38.735.000 euro destinato all'assegnazione delle borse di studio in medicina generale venga ripartito annualmente, con i criteri definiti nell'ultima proposta di riparto sulla quale è stata sancita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, all'atto della ripartizione delle somme spettanti alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard regionale;

Vista la predetta legge n. 190/2014, che, all'art. 1, comma 563, stabilisce altresì che le disposizioni del comma 561 si applicano anche ai riparti per l'anno 2014, qualora non perfezionati alla data di entrata in vigore della medesima legge;

Vista la propria delibera n. 53/2014, relativa al riparto delle risorse disponibili per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2013 che accantona, al punto 2.7 del deliberato, la somma di 38.735.000 euro per il finanziamento delle borse di studio triennali per i medici di medicina generale;

Vista la propria delibera n. 52/2015, relativa al riparto tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano della quota indistinta con riferimento al FSN 2014 che accantona, al punto 2.7 del deliberato, la somma di 38.735.000 euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale;

Viste le note del Ministero della salute n. 8790 del 29 ottobre 2014 e n. 1393 del 19 marzo 2015, con le quali sono state trasmesse, rispettivamente, la proposta di riparto, a valere sul FSN 2013, delle risorse destinate al finanziamento delle borse di studio in medicina generale per la terza annualità del triennio 2011-2014, seconda annualità del triennio 2012-2015 e la prima annualità del triennio 2013-2016, e la proposta di riparto, a valere sulle risorse del FSN 2014, delle risorse destinate al finanziamento delle borse di studio in medicina generale, per la terza annualità del triennio 2012-2015, seconda annualità del triennio 2013-2016 e la prima annualità del triennio 2014-2017, come disposto al punto 2.7 rispettivamente dalle richiamate delibere CIPE n. 53/2014 e n. 52/2015;

Considerato che il finanziamento complessivamente disponibile per l'anno 2013, pari a 38.735.000 euro, è destinato per la somma di 32.001.899 euro al rimborso delle spese sostenute per le borse di studio e per la somma di 6.733.101 euro al rimborso delle spese di organizzazione dei corsi;

Considerato, altresì, che il finanziamento complessivamente disponibile per l'anno 2014, pari a 38.735.000 euro, è destinato per la somma di 33.890.288 euro al rimborso delle spese sostenute per le borse di studio e per la somma di 4.844.712 euro al rimborso delle spese di organizzazione dei corsi;

Tenuto conto che, a norma della legislazione vigente, come sopra indicato, vengono escluse dalla ripartizione le Regioni Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e di Bolzano e che per la Regione Siciliana è stata operata la prevista riduzione del 49,11 per cento;

Viste le intese della Conferenza Stato-Regioni sulle sopracitate proposte di riparto delle risorse destinate al finanziamento delle borse di studio in medicina generale, sancite rispettivamente nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 88/CSR) e nella seduta del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n. 36/CSR);

Tenuto conto dell'esame delle proposte svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);

Vista l'odierna nota n. 5587-P, predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base della presente delibera;

Su proposta del Ministro della salute;

Delibera:

1. A valere sulle disponibilità del FSN 2013 vincolate al finanziamento delle borse di studio in medicina generale, viene ripartita tra le Regioni a statuto ordinario e la Regione Siciliana la somma di 38.735.000 euro, riguardante la terza annualità del triennio 2011-2014, la seconda annualità del triennio 2012-2015 e la prima annualità del triennio 2013-2016. Di tale somma, 32.001.899 euro sono destinati al rimborso delle spese sostenute per le borse di studio e 6.733.101 euro sono destinati al rimborso delle spese di organizzazione dei corsi.

2. A valere sulle disponibilità del FSN 2014 vincolate al finanziamento delle borse di studio in medicina generale, viene ripartita tra le Regioni a statuto ordinario e la Regione Siciliana la somma di 38.735.000 euro, riguardante la terza annualità del triennio 2012-2015, la seconda annualità del triennio 2013-2016 e la prima annualità del triennio 2014-2017. Di tale somma, 33.890.288 euro sono stati destinati al rimborso delle spese sostenute per le borse di studio e 4.844.712 euro sono destinati al rimborso delle spese di organizzazione dei corsi.

Si allegano le tabelle di riparto delle risorse sopraindicate nei punti 1 e 2. Tali tabelle costituiscono parte integrante della presente delibera.

Roma, 23 dicembre 2015

Il Presidente: RENZI

Il segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti il 23 febbraio 2016

Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 336

DELIBERA 23 dicembre 2015 . - Fondo sanitario nazionale (FSN) 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, assegnazione alle regioni delle quote relative alle attività di ricerca nell'ambito delle attività di prevenzione e cura della fibrosi cistica. (Delibera n. 118/2015). (GU n. 59 dell'11.3.16)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Vista la legge 23 dicembre 1993, n. 548, concernente disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica;

Visto il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che all'art. 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,

le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato- Regioni), l'assegnazione annuale delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente alle Regioni e Province autonome;

Vista la legge 27 dicembre 1997, n. 449, la quale, all'art. 32, comma 16, dispone che le Province autonome di Trento e Bolzano, la Regione Valle d'Aosta e la Regione Friuli Venezia Giulia provvedano al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e dell'art. 1, comma 144, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

Vista la legge 14 ottobre 1999, n. 362, art. 3 che provvede al rifinanziamento della predetta legge n. 548/1993, vincolando sul Fondo sanitario nazionale di parte corrente l'importo di € 4.390.000 da ripartire in base alla consistenza numerica dei pazienti assistiti nelle singole regioni, alla popolazione residente e alla documentata funzione dei Centri specializzati di riferimento per la ricerca;

Vista la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), art. 1, commi 830 e 836 i quali stabiliscono rispettivamente che la misura del concorso a carico della Regione Siciliana è pari al 47,05 per cento per l'anno 2008 e del 49,11 per cento per gli anni successivi e che la Regione Sardegna dall'anno 2007 provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato;

Viste le proprie delibere nn. 48/2008, 5/2010, 25/2011, 15/2012 e 141/2012 che, nel ripartire le disponibilità del Fondo sanitario nazionale, rispettivamente per gli anni 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, vincolano, per ciascuna annualità, la somma di € 4.390.000 al finanziamento degli interventi per la prevenzione e cura della fibrosi cistica da ripartire a seguito di successive proposte del Ministero della salute;

Vista la propria delibera del 18 dicembre 2008, n. 95 che, nell'approvare il piano di riparto di dette risorse destinate per le finalità di prevenzione e cura della fibrosi cistica per l'anno 2007, pari a € 4.390.000 (di cui € 3.100.000 per l'assistenza specifica e € 1.290.000 per la ricerca) stabilisce di rinviare, a partire dall'anno 2007, a successiva deliberazione l'assegnazione della quota delle risorse destinate alla ricerca, pari a € 1.290.000, sulla base della valutazione scientifica di progetti di ricerca delle regioni, da effettuarsi da parte di un organismo di valutazione successivamente individuato dal Ministero della Salute nella «Commissione nazionale della ricerca sanitaria»;

Vista la nota n. 6773 del 28 luglio 2015 con la quale sono state trasmesse le proposte del Ministro della salute, concernenti il riparto tra le Regioni della somma di € 1.290.000 vincolata per ciascuna annualità alle attività di ricerca nell'ambito delle attività di prevenzione e cura della fibrosi cistica, rispettivamente per gli anni 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012;

Tenuto conto che, come evidenziato nelle stesse proposte sopra citate, il Ministero della salute, nell'invitare le Regioni a presentare i progetti, ha comunicato gli importi messi a disposizione per la redazione degli stessi progetti relativi alle cinque annualità 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, nonché successivamente le rettifiche apportate agli importi relativi al solo anno 2012;

Considerato che laddove si sono verificati casi di incongruenza tra i suddetti importi messi a disposizione e quelli richiesti dalle Regioni si è optato per l'assegnazione dell'importo minore, venendosi così a creare delle economie per l'Erario;

Tenuto conto che tali importi destinati alla ricerca sono stati determinati tenendo conto del numero dei pazienti assistiti e alla popolazione residente a livello regionale;

Tenuto conto che, a norma della legislazione vigente, vengono escluse dalla ripartizione le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano, mentre per la Regione Siciliana è stata operata la riduzione prevista dall'art. 1, comma 830, della legge finanziaria 2007, pari al 47,05 per cento per l'anno 2008 e al 49,11 per cento per gli anni successivi;

Vista l'intesa sulle cinque relative proposte di riparto sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 2 luglio 2015 (Rep. Atti/CSR n. 102, n.103, n.104, n.105 e n.106 riferiti rispettivamente a FSN 2008, FSN 2009, FSN 2010, FSN 2011 e FSN 2012);

Considerato che i citati progetti sono stati valutati dal Nucleo interno di valutazione, e non dalla Commissione Nazionale Ricerca che aveva cessato le proprie funzioni, in seguito attribuite al Comitato tecnico sanitario costituito con DM in data 20 maggio 2015 e che, per quanto la sopracitata Intesa del 2 luglio 2015 sia stata sancita in data successiva alla costituzione del Comitato, l' *iter* istruttorio è da ritenersi concluso antecedentemente, anche per quanto riguarda l'annualità 2012, in deroga a quanto stabilito da questo Comitato nella propria delibera n. 80/2015; Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);

Vista l'odierna nota n.5587 del 23 dicembre 2015, predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base della presente delibera;

Su proposta del Ministro della salute;

Delibera:

A valere sulle risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale per il 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, destinate alla prevenzione e cura delle fibrosi cistiche con le rispettive delibere CIPE citate in premessa, vengono ripartite tra le Regioni le somme del Fondo accantonate per le relative attività di ricerca, pari a € 1.290.000 per ciascuna annualità.

Della complessiva somma di € 6.450.000 messa a disposizione per tutte le cinque annualità, viene assegnata alle Regioni la somma di € 6.384.795, a causa di quanto citato in premessa circa la scelta operata nei casi di incongruità tra gli importi richiesti dalle Regioni per i relativi progetti di ricerca e quelli a loro comunicati come disponibili. Tale scelta ha permesso la realizzazione di economie di spesa per l'Erario che ammontano complessivamente a € 65.205.

Gli importi assegnati alle singole Regioni per le cinque annualità considerate sono illustrati nella tabella allegata che fa parte integrante della presente delibera.

Roma, 23 dicembre 2015

Il Presidente: RENZI

Il Segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti il 23 febbraio 2016

Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 338

DELIBERA 23 dicembre 2015 .- Riparto tra le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano delle risorse destinate all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale relative agli anni 2008-2009, 2010 e 2013-2015. (Delibera n. 123/2015). (GU n. 59 dell'11.3.16)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Visto il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che all'art. 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-regioni), l'assegnazione annuale delle quote del Fondo sanitario nazionale (FSN) di parte corrente a favore delle regioni e Province autonome;

Vista la legge 24 ottobre 2000, n. 323, di riordino del settore termale la quale all'art. 4, comma 4, prevede che l'unitarietà del sistema termale nazionale è assicurata da appositi accordi stipulati tra il Ministero della sanità, le regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano e le organizzazioni nazionali maggiormente rappresentative delle aziende termali e che tali accordi diventano efficaci con il recepimento da parte della Conferenza Stato-regioni;

Visto il decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, che all'art. 8, comma 3, autorizza, per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale, la spesa di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010;

Vista la legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013) che all'art. 1, comma 178, autorizza, sempre per la revisione delle tariffe massime delle predette prestazioni termali, la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2013 e 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015;

Considerato che, in applicazione della sopracitata legge n. 323/2000 di riordino del settore termale, in data 29 luglio 2009 è stato sottoscritto, tra la Conferenza delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, la Commissione salute e la Federazione italiana delle industrie termali e delle acque minerali curative, il rinnovo dell'Accordo nazionale per l'anno 2008-2009;

Considerato che in data 7 novembre 2013 è stato stipulato, tra i medesimi soggetti sopracitati, l'Accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali relativo al triennio 2013-2015;

Considerato che le parti nel sottoscrivere i sopramenzionati Accordi Nazionali, hanno convenuto di utilizzare le risorse rese disponibili per gli anni 2008 e 2009 dall'art. 8, comma 3, del citato decreto-legge n. 248/2007, provvedendo a ripartirle tra le regioni in proporzione alla spesa netta sostenuta per le prestazioni termali nell'esercizio finanziario 2007, fissando altresì i tetti di spesa per le singole regioni, e che, inoltre, nel successivo Accordo nazionale hanno convenuto di utilizzare quali criteri di riparto il fatturato, al lordo del ticket, delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, prodotte in ogni Regione dagli erogatori di prestazioni termali;

Tenuto conto, altresì, che nell'Accordo nazionale 2013-2015 viene precisato che le risorse pari a 3 milioni di euro previste per l'anno 2010 dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31, devono finanziare il maggior esborso sostenuto dalle regioni e dalle Province autonome e non possono essere riconosciute in favore di stabilimenti termali per conguagliare le prestazioni già rese e fatturate;

Vista la nota del Ministero della salute n. 9976, del 2 dicembre 2014, con la quale è stata trasmessa la proposta di riparto, a favore delle regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, delle risorse destinate all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale relative agli anni 2008-2009, 2010 e 2013-2015;

Viste le intese della Conferenza Stato-regioni del 29 ottobre 2009 (Rep. Atti n. 121/CSR) e del 5 dicembre 2013

(Rep. Atti n. 172/CSR) rispettivamente riferite all'Accordo nazionale 2008-2009 e all'Accordo nazionale 2013-2015 già citati;

Vista, altresì, l'intesa della Conferenza Stato-regioni sancita, in data 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 157/CSR), sulla proposta del Ministero della salute di riparto delle risorse destinate all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale relative agli anni 2008-2009, 2010 e 2013-2015;

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);

Vista l'odierna nota n. 5587 del 23 dicembre 2015, predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base della presente delibera;

Su proposta del Ministro della salute;

Delibera:

Il riparto, tra le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, delle risorse destinate all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale per gli anni 2008-2009, 2010 e 2013-2015, così come autorizzato dalle leggi citate in premessa e conformemente a quanto riportato nei rispettivi Accordi nazionali 2008-2009 e 2013-2015, altresì richiamati in premessa. Tale riparto ammonta a complessivi 19 milioni di euro e risulta così suddiviso:

1. le risorse rese disponibili dall'art. 8, comma 3, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, come convertito nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 (tabella A) ;

2. le risorse rese disponibili dall'art. 1, comma 178, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e quantificate in 2 milioni di euro per l'anno 2013 e in 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015 (tabella B) ;

3. le risorse rese disponibili dall'art. 8, comma 3, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, come convertito nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2010 (tabella C) . Si allegano le tabelle A , B , C relative al riparto delle risorse sopraindicate nei punti 1, 2, 3. Tali tabelle costituiscono parte integrante della presente delibera.

Roma, 23 dicembre 2015

Il Presidente: RENZI

Il segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti il 18 febbraio 2016

Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 326

SINDACATI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 25 febbraio 2016 . Certificazione relativa alla richiesta del contributo erariale per l'aspettativa sindacale concessa al personale dipendente. (GU n. 55 del 7.3.16)

IL DIRETTORE CENTRALE DELLA FINANZA LOCALE

Visto l'art. 1 *-bis* del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5, che ha previsto l'assegnazione ai comuni, alle province, alle comunità montane, nonché alle I.P.A.B (ora A.S.P. a seguito del riordino disciplinato dal decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207), di un contributo erariale corrispondente alla spesa sostenuta dagli enti stessi per il personale cui è stata concessa l'aspettativa per motivi sindacali;

Vista la legge 7 aprile 2014, n. 56, recante «Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni»;

Vista la legge della Regione Siciliana 24 marzo 2014, n. 8, relativa alla «Istituzione dei liberi consorzi comunali e delle Città metropolitane»;

Ritenuto che Città metropolitane e liberi Consorzi comunali debbano essere considerati tra gli enti assegnatari del contributo erariale di cui al predetto art. 1 *-bis* del decreto-legge n. 599 del 1996;

Considerata la disciplina sulle aspettative sindacali previste dal contratto collettivo nazionale di lavoro del personale del comparto delle regioni e delle autonomie locali;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, e successive modifi che ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo 28 dicembre 1989, n. 431, e successive modifi che ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo 2 gennaio 1997, n. 9;

Viste le disposizioni in materia di de materializzazione delle procedure amministrative della pubblica amministrazione che prevedono, tra l'altro, la digitalizzazione dei documenti, l'informatizzazione dei processi di acquisizione degli atti e la semplificazione dei medesimi processi di acquisizione;

— 27 —

Ritenuta la necessità di ridefinire il modello di certificazione e le modalità di trasmissione che gli enti interessati devono compilare per richiedere il contributo erariale predetto per l'anno 2016;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

Ritenuto, pertanto, che l'atto da adottare nella forma del decreto in esame consiste nella approvazione di un modello di certificato i cui contenuti hanno natura prettamente gestionale;

Decreta:

Art. 1.

Spesa ammissibile al rimborso

1. L'espressione «aspettativa per motivi sindacali» utilizzata dal legislatore nell'art. 1 *-bis* del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio

1997, n. 5, deve intendersi riferita all'istituto del «distacco sindacale», pertanto solo gli Enti, di cui all'art. 2, che hanno sostenuto, nell'anno 2015, oneri per il personale cui è stato concesso il distacco per motivi sindacali, sono legittimati alla trasmissione del modello.

Art. 2.

*Modello di certificazione
e soggetti destinatari*

1. È approvato il modello di certificazione informatizzato, distinto per tipo di ente, con il quale i comuni, le province, le Città metropolitane, i liberi consorzi comunali, le comunità montane e le I.P.A.B (ora A.S.P.), ad esclusione degli enti appartenenti alle regioni Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, certificano le spese sostenute per il personale cui è stata concessa, nell'anno 2015, l'aspettativa per motivi sindacali - *rec t ius* distacco per motivi sindacali.

2. Il modello cartaceo, allegato A al presente decreto, costituisce solo la rappresentazione grafica del modello vero e proprio contenuto nei sistemi informatizzati del Ministero dell'interno - Direzione centrale della finanza locale.

3. La certificazione dovrà essere compilata esclusivamente con metodologia informatica, avvalendosi dell'apposito documento informatizzato che sarà messo a disposizione degli enti sul sito web istituzionale della Direzione centrale della finanza locale, a decorrere dal 1° aprile 2016 e fino alle ore 14,00 del 31 maggio 2016.

Art. 3.

Modalità, termini e specifiche di trasmissione

1. La certificazione delle spese sostenute nell'anno 2015 per il personale di cui all'art. 2, deve essere trasmessa al Ministero dell'interno - Direzione centrale della finanza locale, esclusivamente con modalità telematica, entro il termine perentorio delle ore 14,00 del 31 maggio 2016, a pena di decadenza.

2. Per la validità della comunicazione, la certificazione deve essere debitamente sottoscritta, mediante apposizione di firma digitale, dal segretario dell'ente, dal responsabile del servizio finanziario e dai componenti dell'organo di revisione contabile (almeno due, oppure una unica sottoscrizione per gli organi composti da un solo membro), debitamente e preventivamente censiti nell'Area certificati del sito web della Direzione centrale della finanza locale del Ministero dell'interno.

3. Il modello informatizzato potrà avere una veste grafica leggermente difforme dall'allegato cartaceo al presente decreto, senza tuttavia alterarne il contenuto.

4. Il modello eventualmente trasmesso con modalità e termini diversi da quelli previsti dal presente decreto non sarà ritenuto valido ai fini del rimborso degli oneri sostenuti nell'anno 2015 per il personale cui è stata concessa l'aspettativa per motivi sindacali - *rec t ius* distacco per motivi sindacali.

5. Le firme digitali dell'Organo di revisione contabile devono essere pari almeno alla maggioranza dei componenti, in particolare devono spuntare l'apposita casella: i comuni che hanno un solo revisore, ai sensi dell'art. 234, comma 3, del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali approvato con decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e sue successive modificazioni; le I.P.A.B (ora A.S.P.), il cui Organo di revisione contabile sia costituito da un solo componente.

6. L'eventuale invio di documentazione aggiuntiva che pregiudichi la certezza del dato riportato nel modello già trasmesso telematicamente, comporta la non validità dello stesso ai fini del rimborso degli oneri in argomento.

7. È data facoltà agli Enti, che avessero necessità di rettificare i dati già trasmessi, di inoltrare una nuova certificazione, sempre telematicamente e comunque entro il termine di trasmissione fissato al precedente comma 1.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 25 febbraio 2016

Il direttore centrale: VERDE

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 12 MARZO 2016, arretrati compresi

ANZIANI

FRIULI V.G.

DGR n. 310 del 25.2.16 - Lr 22/2014 (promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'art 9 della Lr 15/2014). approvazione definitiva del programma triennale di cui all'art 3.

Note

Con la legge regionale 14 novembre 2014, n. 22 (*Promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'articolo 9 della legge regionale 15/2014*) e la Regione riconosce e valorizza il ruolo delle persone anziane nella comunità e promuove la loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale, facilitando percorsi di autonomia e di benessere sia fisico che mentale e sociale., sostiene l'invecchiamento attivo inteso come un processo che valorizza la persona come risorsa, rendendola protagonista del proprio futuro.

Ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della suddetta norma, la Giunta regionale definisce le strategie e approva il programma triennale degli interventi per la sua attuazione;

Viene approvato, in via preliminare, ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge regionale 14 novembre 2014, n. 22, il programma triennale degli interventi regionali per l'attuazione della legge regionale in materia di promozione dell'invecchiamento attivo.

PROGRAMMA TRIENNALE DEGLI INTERVENTI DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 22/2014 "PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO"

SOMMARIO

PARTE I IL QUADRO STRATEGICO DI RIFERIMENTO

1. Introduzione
2. Terza età e nuovi modelli di politica sociale
3. La legislazione e gli strumenti d'invecchiamento attivo dell'Unione Europea
 - 3.1 – Direttive, programmi e fondi strutturali e di coesione
 - 3.2 – La promozione della "silver economy"
4. Le strategie innovative della LR 22/2014 e i loro settori d'attuazione
 - 4.1 Le politiche familiari
 - 4.2 La formazione
 - 4.3 L'impegno civile
 - 4.4 Cultura e turismo sociale
 - 4.5 Trasporti sociali
 - 4.6 Salute e benessere
 - 4.7 Casa, accesso alle nuove tecnologie, all'informazione e ai servizi
 - 4.8 Completamento dell'attività lavorativa

PARTE II GLI INTERVENTI DEL PROGRAMMA TRIENNALE

5. Introduzione
6. La struttura e i contenuti del programma triennale
7. Le linee strategiche: aree di intervento, obiettivi specifici, azioni, target e soggetti coinvolti, risorse e tempi di attuazione
 - 7.1 Linea strategica 1° – Sostegno alle responsabilità familiari
 - Area di intervento 1.1- Sostenere le famiglie per la permanenza a domicilio della persona anziana;
 - Area di intervento 1.2- Sostegno a coniugi e figli con riconoscimento dei carichi familiari;

□ Area di intervento 1.3- Sostegno all'inserimento delle famiglie nelle reti non profit.

7.2 Linea strategica 2° – Sostegno alla formazione

□ Area di intervento 2.1–Promozione di percorsi di formazione a sostegno all'invecchiamento attivo;

□ Area di intervento 2.2 - Promozione di protocolli con le scuole e con il mondo del lavoro per coinvolgere docenti anziani;

□ Area di intervento 2.3 - Promozione di percorsi informativi per favorire l'inclusione e l'impegno sociale e familiare, la sicurezza;

□ Area di intervento 2.4 - Promozione di azioni formative per l'accesso ai servizi e alle tecnologie ICT.

7.3 Linea strategica 3° – Sostegno all'impegno civile e alla partecipazione alla vita di comunità

□ Area di intervento 3.1-Promozione della partecipazione alla vita di comunità.

7.4 Linea strategica 4° – Cultura e turismo sociale

□ Area di intervento 4.1 – Supporto all'accesso e alla partecipazione a siti ed eventi culturali;

□ Area di intervento 4.2 – Supporto all'impegno civile degli anziani nella promozione storico-culturale;

□ Area di intervento 4.3 – Sostegno al turismo sociale.

7.5 Linea strategica 5° – Trasporti sociali

□ Area di intervento 5.1–Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta

7.6 Linea strategica 6° –Salute e benessere

□ Area di intervento 6.1–Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale;

□ Area di intervento 6.2–Supporto alla diffusione di corretti stili di vita;

□ Area di intervento 6.3–Supporto a progetti di socializzazione.

7.7 Linea strategica 7° – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie

7.8 Linea strategica 8° – Completamento dell'attività lavorativa

PARTE III MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE

PARTE I – IL QUADRO STRATEGICO DI RIFERIMENTO

1. Introduzione

I cambiamenti demografici in atto nei paesi dell'Unione Europea comportano imponenti conseguenze sociali, economiche e finanziarie. I nati verso la fine degli anni quaranta e nel decennio successivo stanno raggiungendo l'età della quiescenza, fenomeno cui si collegano due ulteriori tendenze che, in assenza di politiche e strategie mirate a livello comunitario e nazionale, mettono a rischio la possibilità di garantire agli stati membri un futuro di benessere e coesione sociale. Da un lato, il pensionamento dei *baby boomer* determinerà un forte calo della popolazione in età lavorativa (15-64 anni), destinato a ricadere negativamente sulle potenzialità di crescita e occupazione, nonché sulla sostenibilità di un sistema sanitario e previdenziale sempre più gravato dal divario tra le maggiori spese e le minori entrate provenienti da tasse e contributi; dall'altro, la percentuale della popolazione anziana è in rapido aumento e si prevede che, nel 2030, vivranno in Europa 12,6 milioni di ultraottantenni in più, con importanti ripercussioni sui servizi nel campo della salute e dell'assistenza¹.

Anche in Italia le suddette tendenze trasformeranno la struttura per età della popolazione. Già oggi i cittadini ultrasessantacinquenni superano di oltre mezzo milione la generazione degli under 20 e stime accreditate dimostrano che, tra due decenni, il divario potrebbe superare i sei milioni, mentre si prospetta, a ridosso del 2030, il sorpasso numerico degli ultraottantenni sui loro pronipoti con meno di 10 anni. Proiettando lo sguardo fino al 2051, i residenti che non hanno ancora compiuto il sessantacinquesimo anno dovrebbero diminuire di 6 milioni e mezzo e gli over 65 aumenterebbero di circa 8 milioni, di cui 1,7 ultranovantenni. Crescono dunque i rischi di una progressiva caduta degli investimenti e di una minor spinta all'innovazione, quali aspetti conseguenti ai fenomeni di denatalità e allungamento della speranza di vita².

Rapportando la situazione italiana a quella degli altri stati dell'Unione Europea, si osserva che gli effetti dell'invecchiamento appaiono maggiormente pronunciati. L'aspettativa di vita è tra le più alte del mondo, mentre il tasso di fecondità ricade tra i più bassi. La proporzione tra la popolazione over 65 e quella totale raggiunge il primo posto tra i 28 paesi dell'UE (21,4% davanti al 20,8% della Germania e al 20,5% della Grecia)³. Questi fenomeni demografici inducono alcuni studiosi a osservare come oggi, in Italia, la propensione a investire nel futuro, accettandone rischi e sacrifici, possa subire, più che altrove, un'attenuazione dovuta a caratteristiche anagrafiche che spingono a "vivere nel presente". Se così fosse, anche soltanto in parte, quali contromisure si potrebbero adottare per reagire a un destino apparentemente già segnato?

Una risposta si rinviene nell'innalzamento della qualità degli anni residui, coltivando conoscenze, socialità, relazioni, impegni e attività in ambito produttivo e di volontariato. Oggigiorno e nei prossimi decenni, l'idea di investimento nel futuro può essere mantenuta in vita solo attraverso strategie che forniscano a una popolazione anagraficamente matura le argomentazioni e opportunità di fronte alle quali valutare razionalmente la convenienza o meno della scelta di mantenersi attivi.

1 Cfr. Commissione Europea [2012], <i>Il contributo dell'UE all'invecchiamento attivo e alla solidarietà tra generazioni</i> , Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.
--

2 Cfr. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia [2012], <i>Per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale</i> , Programma nazionale di lavoro.
--

3 Cfr. Eurostat [2014], <i>National Data – Population on 1st January by age and sex</i> .

. Tali strategie divengono efficaci se, tramite gli strumenti politici e legislativi, i cittadini ultrasessantacinquenni sono incentivati a vivere il loro inevitabile invecchiamento non come una stagione di disarmo, bensì al pari di un'occasione utile per scoprire nuovi ruoli e identità sociali.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico caratterizza in maniera significativa anche il territorio regionale, interessato, nel lungo periodo, da una dinamica di contrazione delle nascite e da un miglioramento diffuso delle condizioni di salute che, come accade in tutti i Paesi a economia avanzata, consegue al progresso in campo medico e scientifico. Tali fattori aumentano la permanenza in vita degli ultrasessantacinquenni, al punto che il Friuli Venezia Giulia, con riferimento alla percentuale di popolazione anziana, raggiunge il 24,7% ed è la seconda regione italiana dopo la Liguria⁴ e la quarta in Europa⁵, oltre a mostrare un indice di dipendenza senile pari al 40,3%⁶ e una speranza di vita corrispondente a 80 anni per i maschi e 85 per le femmine⁷.

In quest'ottica, la legge regionale n. 22 del 14 novembre 2014 ha avviato, in Friuli Venezia Giulia, un percorso di promozione dell'invecchiamento attivo. Dalla relazione accompagnatoria del testo, si può cogliere il carattere innovativo della stessa legge, ispirata da una "ratio" che, diversamente dalle precedenti norme (LR 10/1998 e LR 6/2006), presuppone il superamento delle visioni assistenziali e sanitarie per rafforzare le politiche sul versante del sostegno all'autonomia e dell'indipendenza personale tramite forme di istruzione, nuova formazione, ampliamento delle conoscenze e supporti derivanti dalla ricerca e innovazione. La suddetta legge, inoltre, favorisce il protagonismo delle persone, anziane e non, nel determinare un cambiamento dei vecchi modelli di politica sociale, orientandoli verso un ventaglio di servizi alla persona che assicurino il diritto alla consapevolezza e libera scelta, il rispetto dei bisogni di autorealizzazione e una risposta incentrata sui luoghi abituali di vita.

Il presente documento definisce una programmazione triennale degli interventi rispondente alla visione strategica della norma. Tale documento è stato costruito, tenendo conto:

- 1) degli esiti di un'attività di ricerca riguardante gli indirizzi europei in materia e le principali esperienze europee a tal riguardo;
- 2) della riflessione condotta tra Direzioni centrali che assumono ruoli e funzioni inerenti agli ambiti e finalità della legge regionale sull'invecchiamento attivo, le quali hanno ricomposto il quadro generale degli interventi attivi e delle risorse utilizzate;

3) del confronto tra i diversi soggetti attuatori interessati dalla LR 22/2014 con il tentativo di riallineare la pianificazione sociale, regionale e locale sulle strategie innovative dell'invecchiamento attivo;

4) della raccolta delle buone prassi realizzate dagli attori del territorio.

Il presente programma raccoglie e sistematizza gli interventi regionali già in essere secondo un'articolazione che risponde alla visione innovativa della legge di sostegno all'autonomia e

4 Cfr. DemoIstat [2015], *Popolazione residente*.

5 Cfr. Eurostat [2014], *Regional Data – Population on 1st January by age, sex and NUTS 2 region*.

6 Cfr. DemoIstat [2015], *Popolazione residente*.

7 Cfr. DemoIstat [2014], *Tavole di mortalità della popolazione*.

all'indipendenza della persona e introduce nuovi interventi che rispondono ai recenti indirizzi europei in materia.

L'obiettivo finale è quello di elaborare, con il coinvolgimento e la collaborazione degli attori rilevanti del territorio, una politica sull'invecchiamento attivo che sia al passo con i cambiamenti demografici in atto, che sia coerente con gli indirizzi europei e che sia trasversale e inclusiva delle varie politiche regionali direttamente o indirettamente coinvolte.

2. Terza età e nuovi modelli di politica sociale

L'allungamento della vita è il risultato delle migliori condizioni del vivere nelle società occidentali e dei progressi della medicina nel prevenire e trattare le malattie. Un'ampia parte della popolazione, ormai, raggiunge un'età elevata in buone condizioni sanitarie, sebbene sia contestualmente cresciuta la percentuale di anziani che convive con malattie croniche e disabilità. La World Health Organization, con la definizione di active ageing, fa riferimento a un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane. Il termine fa riferimento al processo di invecchiamento attivo delle persone teso al mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali. L'active ageing rappresenta non solo un modello auspicabile al fine di una continua partecipazione della vita delle persone anziane nella società ma diventa anche un modello da perseguire per ovviare agli squilibri crescenti tra popolazione inattiva e popolazione attiva che derivano dall'invecchiamento della popolazione e dall'insostenibilità economica dell'attuale modello che regola il flusso di ingresso e di uscita dal mercato del lavoro.

L'idea di fondo è che anziani non siano più visti solo come portatori di bisogni, bensì come una risorsa che, opportunamente sostenuta, può dare il proprio contributo alla società. Si introduce dunque, nel campo delle politiche sociali per la terza età, una distinzione tra invecchiamento normale e patologico che si basa su un principio fondamentale: l'invecchiamento stesso non è una malattia e come tale non si può prevenire, né curare⁸.

Il concetto di invecchiamento attivo cambia il paradigma tradizionale che collega la longevità al decadimento funzionale. Esso ispira nuovi modelli di politica sociale che puntano a spingere la mortalità e morbilità in un periodo più breve e tardivo della vita e si correla positivamente con i seguenti fattori predittivi: l'indipendenza e l'autonomia nelle attività quotidiane, anche di tipo formativo o lavorativo; la soddisfazione nelle relazioni familiari e amicali; lo status economico; la salute e l'attività fisica; l'immagine esteriore; l'autostima; la partecipazione a sodalizi associativi o a iniziative socio-culturali, ricreative e sportive; la mobilità sostenibile; la dimensione spirituale e dei valori. L'importanza dei suddetti fattori è comprovata dai risultati di numerosi studi e ricerche in campo sociale e sanitario⁹, in virtù dei quali si evidenzia che: la qualità della vita dell'anziano aumenta al crescere della sua autonomia e indipendenza funzionale; il movimento aerobico e

8 Cfr. Ministero della Salute [2010], *Quaderni del Ministero della Salute*, n. 6.

9 Cfr. Salmaso D. [2013], *L'invecchiamento attivo in letteratura*, in E. Innocenti, T. Vecchiato (a cura), *Volontariato e invecchiamento attivo*, Firenze, Cesvot Edizioni.

l'attività fisica in età anziana riducono il rischio di cadute, mortalità, malattie varie (infarto, diabete, cancro, osteoporosi, depressione, ecc.) e necessità d'assistenza per svolgere le attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, spostarsi, mangiare, recarsi in bagno, ecc.); il basso reddito si correla con un peggior stato di salute; l'impegno in attività sociali ritarda il possibile insorgere della demenza senile; ambienti urbani vivibili con spazi pedonali e altre misure di riduzione del traffico favoriscono l'accesso degli anziani ai servizi, alle attività commerciali e alla vita sociale della comunità.

Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD), l'espressione "invecchiamento attivo" indica la capacità delle persone anziane di condurre una vita produttiva nella società e nell'economia, contando sulla possibilità di compiere scelte flessibili nel modo di trascorrere il tempo: dalla formazione al lavoro, fino al divertimento e al fornire cura¹⁰. Si tratta di un concetto che chiama in causa molteplici dimensioni, la prima delle quali è messa in luce dagli studiosi di gerontologia: l'autonomia, ossia il rimanere fisicamente autosufficienti, vivendo senza dover essere accuditi o aiutati per le necessità e le operazioni della vita quotidiana. Questa dimensione si colloca a un livello non solo fisiologico, ma più propriamente medico-sociale, giacché implica uno stretto collegamento con le opportunità introdotte dalle politiche sociali nel contesto ambientale di riferimento. Sono esempi di tali opportunità la riduzione delle barriere architettoniche, la creazione di ambienti di vita con tecnologie adeguate che permettano movimenti e attività senza l'ausilio degli altri e che amplino le possibilità di comunicazione con chi può intervenire per compiere azioni di sostegno o aiuto, ecc. Una seconda dimensione si può cogliere attraverso un paradosso: la negazione della vecchiaia. Una politica sociale incentrata sulla prospettiva dell'invecchiamento attivo promuove il coinvolgimento degli anziani in attività di vario tipo e la loro possibilità di accedere e gestire informazioni o di mantenere relazioni che, in passato, non erano tipiche delle persone in età avanzata.

Non si tratta di perseguire modelli "giovanilisti" di vita, bensì di vivere un'esistenza più operosa e dinamica in virtù delle migliorate condizioni di salute, nonché degli sviluppi culturali che impongono il superamento della segregazione domestica degli stessi anziani. Fin dai primi anni sessanta, al riguardo, studiosi e operatori statunitensi individuavano la chiave dell'invecchiare con successo nel mantenere, con il trascorrere del tempo, gli schemi e i valori propri della fase di maturità.

Una terza dimensione attiene alla continuazione dell'attività lavorativa e al superamento dei rigidi modelli di pensionamento che impediscono di rimanere sul mercato occupazionale agli anziani intenzionati a continuare a svolgere un'attività produttiva. Se in alcuni casi il lavoro usura e invecchia precocemente, in altri la sua assenza logora e non favorisce i legami sociali indispensabili per affrontare in modo relazionalmente attivo la fase più avanzata della vita. La possibilità di continuare a svolgere una professione dopo l'età della quiescenza può dunque rappresentare un privilegio e favorire una prospettiva di invecchiamento attivo, sempreché sia vissuta come una scelta e non al pari di una costrizione¹¹. Anche la possibilità di mettere a disposizione delle nuove generazioni le conoscenze e competenze acquisite negli anni di vita lavorativa rappresenta una opportunità di arricchimento sociale per i nuovi ingressi nel mondo del lavoro.

10 OECD – Organization for Economic Cooperation and Development [2006], *Live longer, Work longer: Executive Summary*, Paris, OECD Publishing.

11 Cfr. Pugliese E. [2011], *La terza età. Anziani e società in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Affiora quindi una dimensione dell'invecchiamento attivo più generalmente intesa come coinvolgimento nelle attività umane non finanziariamente retribuite di relazione sociale, impegno culturale e associativo, studio e pratica sportiva, ecc. La distinzione tra queste attività e quelle lavorative, in realtà, sta diventando sempre più difficile e complessa, man mano che aumenta l'incidenza sociale di alcuni ambiti operativi che, come avviene nel caso del lavoro di cura, possono

essere considerati di mercato e non. Ed è noto che, in tali ambiti, gli anziani giocano un ruolo determinante sia nella veste di attori, sia quali destinatari privilegiati degli interventi.

Una politica sociale orientata all'invecchiamento attivo, infine, si rapporta alla capacità di evitare la dipendenza e l'isolamento sociale che la può acuire. In questa dimensione entrano in gioco le attitudini individuali della persona anziana, il suo stato di salute e le risorse umane, finanziarie, culturali e relazionali di cui dispone, tutti fattori in rapporto ai quali le istituzioni possono intervenire efficacemente al fine di potenziarli o prevenirne la perdita. Il contesto ambientale e urbano, al riguardo, acquisisce un grande rilievo se aumenta le possibilità di accesso ai servizi, alla mobilità attraverso i mezzi pubblici e all'offerta di eventi e iniziative in cui poter frequentare la rete amicale e socializzare con persone più giovani o della stessa fascia d'età. Il superamento della segregazione domestica diviene dunque la principale preconditione per potenziare la vita di relazione degli anziani e compensare l'eventuale perdita di quella familiare, favorendone eventualmente un parziale recupero.

I rischi connessi ai processi di evoluzione demografica, in sintesi, possono essere affrontati con successo tramite la valorizzazione delle potenzialità degli anziani. È importante favorire una cittadinanza attiva attraverso la creazione di ambienti abitativi che permettano agli anziani di rimanere il più a lungo possibile nelle loro case, condurre una vita indipendente e dare un contributo, anche volontario e non remunerato, alla comunità di appartenenza. In uno scenario globale quanto mai caratterizzato da fenomeni di denatalità e allungamento della speranza di vita, si devono adottare politiche e strategie che, a livello nazionale e locale, affrontino il tema dell'invecchiamento attivo in tutte le sue prospettive: lavorativa, formativa, previdenziale, sanitaria, socio-assistenziale, familiare, edilizia ed economica.

In Italia la Regione Friuli Venezia Giulia riconosce il ruolo degli anziani – intesi come cittadini ultrasessantacinquenni – nelle comunità, promuovendo la loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale. L'ente regionale, a tal fine, favorisce l'invecchiamento attivo come processo di valorizzazione degli stessi anziani quali risorse protagoniste del loro futuro e capaci di ridefinire e modificare il proprio progetto e contesto di vita attraverso azioni che favoriscono le opportunità di autonomia, benessere, salute, sicurezza e partecipazione alle attività sociali. In quest'ottica, la legge 22/2014 contrasta tutti i fenomeni di pregiudizio e discriminazione verso la terza età, sostenendo azioni e interventi che ne facilitino l'inclusione¹².

Nel promuovere l'invecchiamento attivo, inoltre, la Regione Friuli Venezia Giulia collabora con i Comuni singoli o aggregati, le aziende sanitarie e quelle pubbliche di servizi alla persona, le istituzioni scolastiche e le Università delle LiberEtà e della Terza Età, le forze sociali, le associazioni di rappresentanza degli anziani e di tutela dei diritti dei consumatori e degli utenti, gli enti e le organizzazioni non profit e tutti i soggetti privati operanti a vario titolo negli ambiti e per le

¹²Cfr. LR 22/2014 (artt. 1 e 2)

Finalità della LR 22/2014¹³. Tutti i suddetti attori concorrono, nel territorio regionale, a fronteggiare le potenziali implicazioni dei cambiamenti demografici in atto sulle dimensioni e sugli assetti dei servizi pubblici e delle finanze, oltreché sui futuri livelli di crescita e tenore di vita. Si persegue dunque un modello avanzato di politica sociale che intende rafforzare le opportunità di contributo degli anziani alla società e recepisce i più recenti orientamenti legislativi e programmatici dell'Unione Europea, dei quali tratteremo nel seguente paragrafo.

3. La legislazione e gli strumenti d'invecchiamento attivo dell'Unione Europea

L'Unione Europea, con la Decisione 940/2011 del Parlamento e del Consiglio, ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni". Con tale decisione, sono stati sollecitati gli Stati membri a promuovere un dibattito sulle politiche per la terza età in chiave nazionale, coinvolgendo tutti gli attori di politica sociale in programmi di lavoro che illustrino le attività previste nell'arco dei dodici mesi. Tali programmi orientavano gli stessi Stati verso obiettivi ambiziosi e si muovevano lungo tre assi principali di sviluppo: l'occupazione e le

condizioni di lavoro; la partecipazione alla società; la promozione di una vita indipendente e sana. Secondo il legislatore comunitario, dunque, gli anziani devono contribuire pienamente al successo delle strategie di Europa 2020, agendo come lavoratori, consumatori, assistenti, volontari e cittadini. L'impegno dell'Unione Europea sul tema dell'invecchiamento attivo si basa sui suoi valori espliciti, definiti, in particolare, dalla Carta dei diritti fondamentali dell'UE. In questo documento legislativo, vincolante per ogni Stato membro quando attua il diritto comunitario, il capitolo dedicato all'uguaglianza contiene due articoli che vietano qualsiasi forma di discriminazione fondata sull'età (art. 21) e riconoscono il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale (art. 25). La stessa UE, inoltre, ha sottoscritto la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, di cui promuove l'autonomia individuale, la non discriminazione, le istanze partecipative, le pari opportunità e l'accessibilità, tutte tematiche di elevato interesse per le persone che convivono con una qualsiasi forma di svantaggio fisico, psichico o sensoriale.

3.1 – Direttive, programmi e fondi strutturali e di coesione

È del 2000 la Direttiva n. 78/CE, con la quale il Consiglio Europeo stabilisce un quadro generale per la lotta alle discriminazioni dirette e indirette fondate su motivi di disabilità ed età in materia di occupazione e condizioni di lavoro. Tale direttiva impone agli Stati membri di rendere illegale la disparità di trattamento per i suddetti motivi nei settori del lavoro dipendente e della professione o attività autonoma, ivi comprese le condizioni lavorative e di assunzione, la promozione, la formazione professionale e la partecipazione a organizzazioni. La Commissione europea, in attuazione dei principi sanciti dalla direttiva in questione, ha avviato procedure di infrazione per i

13 Cfr. LR 22/2014 (art. 4)

Paesi che non li applicavano in modo soddisfacente nel loro diritto nazionale, adottando, nel contempo, una proposta di direttiva che proibisce di discriminare gli anziani anche nell'accesso a beni e servizi, protezione sociale e istruzione¹⁴.

L'Unione Europea ha altresì adottato diverse direttive specifiche a favore della parità di genere. Esse contribuiscono al conseguimento degli obiettivi di invecchiamento attivo, affrontando settori chiave del divario tra i sessi che limitano l'accesso al lavoro e le opportunità di formazione permanente, comportano un reddito da pensione inferiore per le donne anziane e le espongono a maggiori rischi di povertà in vecchiaia. Le suddette direttive vertono sull'attuazione del principio di uguaglianza di trattamento in materia di occupazione e impiego (2006/54/CE), di sicurezza sociale (79/7/CEE), di esercizio delle attività autonome (2010/41/UE) e di accesso ai beni e servizi e alla loro fornitura (2004/113/CE).

Il tema dell'invecchiamento attivo si collega strettamente alla possibilità di esercitare i diritti di protezione sociale in tutta l'UE. Al riguardo, il regolamento europeo sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (883/2004) assicura ai cittadini la possibilità di accumulare i diritti in materia previdenziale, anche qualora essi siano stati maturati in diverse giurisdizioni nel corso della carriera lavorativa. Le persone anziane, in conseguenza di questa normativa, possono usufruire dei suddetti sistemi – compresi quelli pensionistici obbligatori, rispetto ai quali vige anche la “mobilità” sancita dalla Direttiva 98/49/CE – in tutto il territorio dell'Unione Europea. Manca tuttavia una legislazione nazionale che garantisca ai lavoratori geograficamente mobili di acquisire il diritto alla pensione e mantenerlo nel passaggio da un regime all'altro.

Sulla possibilità di invecchiare in modo attivo e sano dopo il pensionamento incidono anche le politiche comunitarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro, essenziali per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Un pacchetto di direttive adottate dall'UE vincola gli Stati membri ad adeguare e attuare le loro legislazioni nazionali, mentre la Commissione Europea, attraverso la *European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)*, ha sostenuto gli sforzi degli stessi Stati attraverso campagne e iniziative di sensibilizzazione nell'ambito di una strategia pluriennale che, promossa nel periodo 2007-2012, è attualmente in fase di valutazione.

Un settore fondamentale delle politiche europee è rappresentato dai fondi strutturali e di coesione. I programmi del FSE, al riguardo, costituiscono una delle principali fonti di innovazione e progresso nella promozione dell'invecchiamento attivo, con specifico riferimento al finanziamento di un'ampia gamma di organismi per la formazione e riqualificazione dei lavoratori anziani e di progetti locali e regionali di lotta alle discriminazioni fondate sull'età e di scambio di buone prassi. Il FESR, invece, sovvenziona in modo significativo lo sviluppo delle strutture sociali e sanitarie, la realizzazione di progetti di ricerca e sviluppo che consentono lo sviluppo di nuove tecnologie volte a migliorare gli ambienti di vita o a favorire la mobilità sostenibile e sostiene varie iniziative rivolte a perseguire l'avanzamento in buona salute negli anni, nonché, attraverso il sottoprogramma Urbact II di Urban II, a superare gli ostacoli urbani all'occupazione, accessibilità ai trasporti e sicurezza delle persone anziane

14 Cfr. Commissione Europea [2008], *Proposta di direttiva del Consiglio recante applicazione del principio di parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla religione o le convinzioni personali, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale*, Bruxelles.

Il sostegno strutturale dell'UE all'invecchiamento attivo comprende anche le politiche attuate attraverso il Fondo di coesione, con il quale si sostengono progetti ambientali e di sviluppo delle infrastrutture per i trasporti negli Stati membri economicamente più deboli, contribuendo a innalzare, in tali Stati, i livelli di qualità della vita delle persone anziane. Il FEASR, infine, finanzia interventi che sostengono lo sviluppo di servizi sociali a beneficio delle popolazioni in età avanzata delle aree rurali, anche attraverso il c.d. "approccio leader". Questo approccio offre ai partecipanti la possibilità di studiare progettualità per specifici problemi locali, quali, ad esempio, l'innalzamento degli indici di vecchiaia delle comunità, le scarse opportunità di lavoro, l'inadeguatezza delle strutture pubbliche di servizio per gli anziani, ecc.

Le politiche dell'Unione Europea abbracciano anche il sostegno e coordinamento della ricerca e innovazione. Il programma quadro Orizzonte 2020 accoglie la finalità di trasformare idee innovative in scoperte fondamentali che affrontino e risolvano le principali problematiche sociali, tra cui si annovera quella dell'invecchiamento attivo e in buona salute. Anche nella precedente programmazione (periodo 2007-2013), il *Seventh Framework Programme* ha finanziato progetti incentrati su studi e indagini riguardanti una vasta gamma di discipline, temi e strumenti correlati alla suddetta problematica¹⁵.

Nel settore della programmazione congiunta, infine, si segnala il programma *Ambient Assisted Living* (AAL), finalizzato a migliorare la qualità della vita delle persone anziane. Esso finanzia progetti attraverso l'uso di prodotti intelligenti e la fornitura di servizi remoti, inclusi quelli di assistenza per migliorare il vivere quotidiano in casa, sul posto di lavoro e nella società in generale. Tale programma si affianca a un'ambiziosa iniziativa di potenziamento della ricerca e innovazione: il partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute, avente l'obiettivo di aumentare di due anni la durata media dell'esistenza tramite il superamento degli ostacoli alla stessa innovazione in tema di prevenzione, screening e diagnosi precoce, assistenza, cura e indipendenza delle persone anziane.

3.2 – La promozione della “silver economy”

La Commissione Europea promuove iniziative politiche di rilievo a favore della c.d. *Silver Economy*, intesa come l'insieme delle opportunità economiche collegate all'invecchiamento demografico e ai fabbisogni specifici delle persone con età pari o superiore a cinquant'anni¹⁶. Si tratta di un'ampia gamma di prodotti e servizi che sono direttamente usufruibili attraverso la spesa pubblica e privata e generano un bacino di attività economicamente rilevante nei settori occupazionali più disparati, tra i quali si annoverano:

- le edificazioni e ristrutturazioni immobiliari finalizzate alla vita autonoma e indipendente;
- i sistemi e le tecnologie ICT per garantire un'accessibilità più facile, ad alta qualità e a lungo termine ai servizi di assistenza e protezione sociale (es. eHealth, teleassistenza e telemedicina);

15 Cfr. European Commission [2012], *Understanding the Seventh Framework Programme*, Bruxelles.

16 Cfr. Commissione Europea [2015], *Growing the European Silver Economy*, Bruxelles.

- le prestazioni sociali e sanitarie, compresi i dispositivi medici, le consulenze ambulatoriali o specialistiche e i prodotti farmaceutici e fitoterapici;
- la produzione degli strumenti avanzati di diagnosi medico-sanitaria;
- la robotica di servizio e assistenza domiciliare;
- la produzione di veicoli o servizi per il trasporto autonomo e/o personalizzato;
- i servizi erogati nei settori della cultura e dell'istruzione;
- i beni e le prestazioni di servizio nel campo della moda, del benessere e dei cosmetici;
- le attività turistiche mirate alle fasce di consumo non più giovani;
- la gestione del risparmio e dei prodotti bancari e finanziari (es. fondi pensione).

Il Consiglio dell'UE, già nel 2007, ha invitato la Commissione europea a creare le condizioni quadro per l'apertura di nuovi mercati nel campo della Silver Economy, varando una risoluzione che orienta la Commissione stessa a lavorare su una piattaforma orizzontale aperta ai contributi di tutti i settori dell'agire politico e amministrativo¹⁷. Tale risoluzione promuove l'invecchiamento demografico a grande opportunità per la crescita economica e la creazione di posti di lavoro, individuando una stretta interdipendenza tra le tendenze in atto e le prospettive di sviluppo future. La banca d'investimento statunitense Merrill Lynch, al riguardo, stima il valore della c.d. "economia d'argento" attorno ai sette miliardi di dollari e prevede che, entro il 2020, le capacità di acquisto e consumo della generazione anziana raggiungeranno i quindici trilioni a livello globale¹⁸. Soltanto nell'Unione Europea, inoltre, la spesa pubblica correlata all'avanzare dell'età – compresa quella pensionistica e di cura – costituisce il 25% del PIL ed è destinata a crescere di oltre il 4% del PIL fino al 2060¹⁹.

L'invecchiamento demografico, dunque, è uno dei fattori che appare destinato a incidere maggiormente sul futuro dell'Unione Europea e sullo sviluppo economico globale, soprattutto se si considera che la Silver Economy comprende già una gran parte dell'economia generale dei consumatori, ma con notevoli differenze nelle priorità e nei modelli di spesa. Il Ministero francese degli Affari Sociali e della Sanità, a tale proposito, ha definito tre diversi target di popolazione anziana, ognuno dei quali mostra differenti fabbisogni e necessità: gli **attivi**, i **fragili** e i **dipendenti**²⁰. Sussiste, ad esempio, una forte correlazione tra l'età e le varie forme di disabilità, quantificabili attorno al 44% tra le persone in fascia 65-74, al 60% tra quelle dai 75 agli 84 anni e al 70% tra gli ultraottantacinquenni. Tutti i nuovi mercati della Silver Economy dovranno pertanto tener conto delle menomazioni funzionali e dei requisiti di accessibilità dei potenziali consumatori, siano essi legati alla visione ridotta, oppure alle condizioni motorie o alle prestazioni cognitive.

17 Cfr. Consiglio dell'Unione Europea [2007], *Opportunities and challenges of demographic change in Europe*, Bruxelles.

18 Cfr. Bank of America Merrill Lynch report [2014], *The silver dollar longevity revolution*, New York.

19 Cfr. Commissione Europea [2012], *The 2012 ageing report. Economic and budgetary projection for the 27 EU Member States (2010-2060)*, Bruxelles.

20 Cfr. Ministero francese degli Affari Sociali, della Sanità e dei Diritti [2013], *The French Silver Economy strategy*, Parigi.

Il pacchetto per l'occupazione 2012 della Commissione europea, infine, identifica, nell'ambito dei fattori chiave per la creazione delle future opportunità di lavoro, tre finalità direttamente collegate allo sviluppo della Silver Economy²¹: soddisfare la crescente domanda di professionisti nei settori

della sanità e dell'assistenza sociale; sostenere la diffusione delle abilità professionali nel campo delle tecnologie ICT; migliorare l'equilibrio tra attività di lavoro e cura, incrementando la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Tali finalità completano il quadro strategico europeo in materia di invecchiamento attivo, interpretando l'aumento demografico della popolazione anziana come un fenomeno che potrà contribuire notevolmente alla crescita economica e alla creazione di nuovi posti di lavoro.

4. Le strategie innovative della LR 22/2014 e i loro settori di attuazione

La Regione Friuli Venezia Giulia pianifica, in collaborazione con i Comuni, le Aziende sanitarie e altri soggetti attivi nell'ambito delle finalità della LR 22/2014, interventi coordinati e integrati a favore delle persone anziane nei seguenti ambiti: salute e sicurezza, partecipazione, formazione permanente, lavoro, cultura e turismo sociale, sport e tempo libero, impegno civile e volontariato. La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, a tale scopo, predispone lo schema di programma triennale dei suddetti interventi, che viene approvato dalla Giunta regionale con propria delibera e ne coordina l'attuazione attraverso un tavolo di lavoro permanente che predispone un piano di attuazione annuale da approvare con delibera della Giunta regionale²².

Nei successivi paragrafi sono delineati gli indirizzi strategici nei seguenti ambiti tematici:

4.1 politiche familiari;

4.2 formazione;

4.3 impegno civile;

4.4 cultura e turismo sociale;

4.5 trasporti sociali;

4.6 salute e benessere;

4.7 abitazione, accesso alle nuove tecnologie, all'informazione e ai servizi,

4.8 completamento dell'attività lavorativa.

4.1 – Le politiche familiari

Il contenimento delle prassi tradizionali di ricovero nelle strutture residenziali e semi-residenziali è uno dei principali obiettivi delle moderne politiche di invecchiamento attivo. Tale obiettivo appare necessariamente collegato alla dimensione familiare, in virtù del legame che gli anziani, specialmente in Italia, mantengono con i loro discendenti di generazione contigua. Il rapporto con questi ultimi è generalmente mutualistico, nel senso che, in cambio di aiuto e sostegno in termini di accudienza, gestione delle attività domestiche ed espletamento delle pratiche burocratiche e prestazioni sanitarie, gli stessi anziani possono svolgere una funzione di cura dei nipoti (accompagnamento e ritiro dalla scuola, custodia durante i pomeriggi, compagnia in caso di malattia, ecc.)

21 Cfr. Commissione Europea [2012], *Towards a job-rich recovery*, Bruxelles.

22 Cfr. LR 22/2014 (art. 3).

. Diversi studiosi, inoltre, osservano che negli anni più recenti si è registrato un aumento del supporto economico conferito dalle persone in età avanzata alle famiglie dei figli²³.

Alla luce di quanto premesso, una prassi innovativa di politica sociale per la terza età è rappresentata dal sostegno alle famiglie per la permanenza a domicilio dell'anziano: dai servizi finalizzati a favorire il comfort e la cura personale ai contributi per l'utilizzo di personale qualificato nelle attività assistenziali (c.d. badanti) in affiancamento al coniuge o ai figli o durante i loro periodi di assenza, fino agli assegni mirati a sostenere l'impegno familiare diretto nel preservare l'autonomia e la salute della persona anziana. Si tratta di misure che consentono di contenere il ricorso ai ricoveri e l'isolamento sociale e relazionale, assicurando la prossimità della suddetta persona al nucleo fondamentale in cui, solitamente, si stringono i più solidi rapporti di solidarietà primaria e intergenerazionale. Tali rapporti, come sopra accennato, si possono sviluppare

orizzontalmente attraverso logiche di mutuo aiuto e scambio biunivoco tra i soggetti “forti” della relazione – i discendenti adulti – e i destinatari dei progetti di invecchiamento attivo.

Alcuni studi in cui si analizza la solidarietà intergenerazionale²⁴ evidenziano l'importanza della variabile «genere», tanto per il sostegno ricevuto, quanto per l'aiuto fornito. Nei casi di coppie anziane, l'uomo trova appoggio nella moglie che, quasi sempre, costituisce il referente per le attività di cura e gestione domestica, ma può contare meno sul ruolo maschile nelle incombenze casalinghe.

Nella maggior parte dei casi, inoltre, le donne vivono più a lungo dopo esser rimaste vedove e si rivolgono alla rete parentale più vicina per ottenere solidarietà in cambio di un'attività volontaria di cura dei nipoti. Si assiste, più in generale, a un processo di femminilizzazione delle relazioni familiari non solo tra i soggetti aiutati, ma anche tra quelli che aiutano: il modello culturale dominante in Italia affida prevalentemente alle figlie il compito di occuparsi dei genitori in età avanzata. Una buona prassi di promozione dell'invecchiamento attivo è dunque il riconoscimento dei carichi familiari nell'erogazione dei servizi e contributi di supporto familiare ai coniugi e agli stessi figli, in particolare se appartenenti al sesso femminile.

Non tutte le dimensioni delle politiche familiari a favore della terza età sono riconducibili a parametri economici. Lo sviluppo di circuiti socio-relazionali tra le famiglie che accudiscono persone anziane favorisce la collocazione di queste ultime in un sistema di solidarietà esteso, nonché l'accrescimento del loro capitale culturale e delle occasioni di partecipazione lavorativa, politica e sociale. Il sostegno all'inserimento delle suddette famiglie nelle reti non profit a supporto dell'invecchiamento attivo costituisce dunque una prassi istituzionale coerente con una rappresentazione dinamica e completa dell'anzianità e con l'obiettivo di ridurre il tradizionale affidamento alle strutture residenziali e semiresidenziali.

23 Cfr. De Nardis P., Alteri L. [2012], *I costi sociali dell'essere un «paese di vecchi»*, in T. Treu (cur.), *L'importanza di essere vecchi*, Bologna, Il Mulino.

24 Cfr. Cioni E. [1999], *Solidarietà tra generazioni. Anziani e famiglie in Italia*, Milano, FrancoAngeli.

Tab. 1 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore della famiglia

TRADIZIONALI INNOVATIVI

Ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali

Sostegno alle famiglie per la permanenza a domicilio

Sostegno ai coniugi e figli con riconoscimento dei carichi familiari nei confronti degli anziani

Sostegno all'inserimento delle famiglie nelle reti non profit per favorire forme di auto-organizzazione sociale

Con riferimento ai contenuti del presente paragrafo, la Regione Friuli Venezia Giulia, allo scopo di favorire le condizioni di sostenibilità delle responsabilità familiari nei confronti degli anziani, promuove il supporto integrato alle famiglie per la permanenza a domicilio degli anziani medesimi, quale alternativa ai ricoveri nelle strutture di cura residenziali. Sostiene inoltre politiche che tengano conto dei carichi familiari – con particolare riferimento alle donne – e favoriscano l'inserimento delle famiglie nelle reti più ampie di auto-organizzazione a supporto dell'invecchiamento attivo²⁵. La Regione, inoltre, nell'ambito delle politiche in favore della famiglia non solo promuove l'associazionismo familiare e le esperienze di auto-organizzazione sociale dei nuclei familiari e li valorizza come soggetto unitario nella fruizione delle prestazioni ma promuove anche la solidarietà tra le generazioni, la parità tra uomo e donna e la corresponsabilità nei doveri di cura dei figli, dell'educazione e dell'assistenza parentale in famiglia²⁶.

4.2 – La formazione

Diversi studi e ricerche comprovano che le persone in età avanzata tendono a essere escluse dai sistemi e circuiti della formazione professionale. Sebbene il problema non riguardi soltanto i lavoratori vicini all'età della quiescenza, le aziende non ritengono conveniente investire su di loro a

causa della minor aspettativa di vita rispetto ai colleghi più giovani. Nel contesto italiano, inoltre, il cambio generazionale comporta una riduzione del costo generale del lavoro, così come una maggior flessibilità dei termini contrattuali e una riduzione dei livelli di sindacalizzazione. Gli ostacoli alla realizzazione di iniziative formative per i dipendenti più anziani, tuttavia, non provengono soltanto dai datori di lavoro, ma anche dai dipendenti stessi che, spesso, evitano di partecipare a tali iniziative, non giudicandole adeguate alle proprie mansioni o esigenze di apprendimento. Alla luce delle suddette premesse, il sostegno alla formazione continua e permanente per anziani si configura come una buona prassi privilegiata per favorire l'invecchiamento attivo, ponendosi in alternativa alle tradizionali strategie di prepensionamento ed espulsione dal circuito produttivo. Tali prassi, infatti, rappresentano un asse portante per supportare la *work ability* delle persone in età avanzata e possono essere attuate attraverso vari tipi di offerta. Generalmente, però, gli interventi formativi vengono programmati dalle agenzie pubbliche o co-finanziati dalle stesse quando sono promossi

25Cfr. LR 22/2014 (art. 5).

26 Cfr. LR 11/2006 (art.2).

Dalle imprese, prevedendo la certificazione delle competenze acquisite e un conseguente miglioramento dei livelli di occupabilità, delle possibilità di mobilità interna e delle occasioni di ricollocazione in caso di licenziamento. Quest'ultimo obiettivo diviene prioritario con riferimento all'aumento della capacità di accedere ai servizi e alle tecnologie ICT, troppo spesso fattore di discriminazione lavorativa legata all'età.

Una politica volta a favorire l'invecchiamento attivo nel settore della formazione punta inoltre a contrastare i fenomeni di disimpegno e perdita di ruolo sociale attraverso un coinvolgimento degli anziani nella veste di docenti o discenti in progetti e interventi formativi da attuare presso gli istituti scolastici, oppure a favore dei pari età o delle generazioni più giovani. Le iniziative finalizzate alla promozione della solidarietà tra generazioni, in particolare, facilitano la comprensione e il rispetto reciproci e possono coprire un ventaglio molto ampio di tematiche e argomenti specifici. Un terzo versante formativo, infine, è costituito dal potenziamento delle competenze adattative alla società moderna e delle opportunità d'invecchiamento attivo nei vari settori dell'agire extra-lavorativo. Si tratta, in sintesi, di favorire la trasmissione di conoscenze che rafforzino la capacità dell'anziano di svolgere un ruolo sociale e soddisfare le proprie istanze immateriali di relazionalità attraverso l'impegno civile, il sostegno alle persone in difficoltà o l'aiuto alla famiglia e ai nipoti. Quest'ultimo ambito d'intervento, come si è visto, acquisisce un rilievo strutturale in Italia, dove le difficoltà del mercato occupazionale e il progressivo indebolimento del sistema di welfare, più che altrove, assegnano ai soggetti in età avanzata il compito di sostenere i figli nella gestione delle incombenze familiari.

**Tab. 2 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore della formazione
TRADIZIONALI INNOVATIVI**

Prepensionamento e uscita definitiva dal circuito produttivo

- Sostegno alla formazione continua e permanente
- Promozione di azioni formative per l'accesso ai servizi e alle tecnologie ICT

Promozione della formazione generale e specialistica

- Sostegno alla formazione intra- e inter-generazionale
- Promozione di protocolli con le scuole per coinvolgere docenti anziani
- Sostegno alla formazione per potenziare le competenze adattative
- Promozione di percorsi formativi di sostegno all'invecchiamento attivo

Con riferimento alle politiche formative, la Regione Friuli Venezia Giulia valorizza e sostiene la formazione inter- e intra-generazionale e quella mirata all'educazione permanente in diversi settori del sapere (es. Università delle LiberEtà o della Terza Età), oppure all'offerta di strumenti e opportunità per la comprensione della realtà sociale contemporanea e il potenziamento delle

competenze adattive degli anziani. La stessa formazione, accanto all'aggiornamento e alla riqualificazione continua, viene altresì promossa per tutti gli operatori attivi verso le problematiche dell'invecchiamento²⁷.

La Regione Friuli Venezia Giulia, inoltre, mediante dei protocolli operativi con le istituzioni scolastiche, prevede il sostegno a progetti di coinvolgimento delle persone anziane nella trasmissione di saperi alle nuove generazioni e, anche con l'eventuale concorso delle imprese e organizzazioni sindacali, nei percorsi di orientamento e prima formazione²⁸. Tra le finalità accolte dalla legge regionale, infine, si annoverano la promozione di iniziative per l'accesso degli ultrasessantacinquenni ai servizi e alle tecnologie o informazioni digitali²⁹, nonché altri interventi formativi finalizzati a:

- progettare percorsi di invecchiamento attivo, con particolare attenzione all'impegno civile;
- sostenere il ruolo degli anziani nell'accudire ed educare i nipoti, facilitando la conciliazione tra la vita lavorativa e familiare dei loro genitori;
- favorire corretti stili di vita, alimentazione, consumo e gestione del risparmio;
- perseguire la sicurezza domestica e stradale;
- convogliare le capacità e competenze delle persone anziane in programmi di impegno sociale e di sostegno e accompagnamento a persone in disagio e difficoltà³⁰.

4.3 – L'impegno civile

La relazione primaria e collettiva, nei più avanzati modelli di politica sociale per la terza età, costituisce un bene in sé e può rappresentare, attraverso strategie aperte al coinvolgimento del terzo settore e delle reti familiari, parentali e amicali, una risposta a bisogni quotidiani che richiedono modalità di soddisfazione più umane e solidaristiche del mero benessere materiale. Tali bisogni, infatti, sono connessi al piano simbolico, nel quale emergono quei valori post-materialistici la cui individuazione è compito specifico dell'universo non profit, delle famiglie e delle loro capacità d'interazione con gli altri attori sociali. La relazionalità è dunque una dimensione essenziale dell'invecchiamento attivo e di un concetto di cittadinanza orientato a esaudire certe aspettative personali di coinvolgimento pratico, di interazione "faccia a faccia" e di mutuo aiuto quotidiano³¹.

Alla luce di quanto premesso, la partecipazione alla vita di comunità mediante l'adesione al volontariato e all'associazionismo – anche familiare – costituisce una forma di impegno civile da promuovere come buona prassi nel quadro di una strategia istituzionale favorevole all'invecchiamento attivo. Sono molteplici le attività ausiliare rivolte al territorio in cui gli anziani

27 Cfr. LR 22/2014 (art. 6, c. 1)

28 Cfr. LR 22/2014 (art. 6, c. 2)

29 Cfr. LR 22/2014 (art. 6, c. 3)

30 Cfr. LR 22/2014 (art. 6, c. 4)

31 Cfr. Donati P. (a cura) [1996], *Sociologia del terzo settore*, Roma, Nis

possono essere coinvolti: la vigilanza nei pressi o all'interno degli edifici scolastici, dei monumenti, dei siti d'interesse culturale e di altri luoghi di svago e aggregazione; i piccoli interventi di manutenzione e custodia del verde e dell'ambiente; l'assistenza sugli scuolabus o a persone sole che non riescono a svolgere incombenze quotidiane o accedere alle strutture di servizio pubblico; la gestione gratuita di terreni comunali (es. orticoltura) al fine di assicurarne una maggior tutela e fruibilità da parte dei cittadini. La buona prassi di favorire la partecipazione alla vita di comunità può essere estesa anche al coinvolgimento degli anziani in progetti sociali o protocolli di rete riguardanti la definizione e gestione dei servizi socio-assistenziali, oppure, più in generale, il lavoro di cura e aiuto quotidiano. In Italia non sono rari, al riguardo, i casi di pensionati che, nell'ambito di convenzioni tra gli enti locali, i suddetti servizi, i sindacati e i sodalizi non profit, accompagnano

regolarmente soggetti in età più senile e/o con problematiche di disabilità presso le sedi istituzionali, gli uffici burocratici e i presidi medicosanitari.

Il sostegno a quest'ultima forma di impegno civile produce benefici relazionali e solidaristici sia per i beneficiari, sia per chi presta l'attività a titolo volontario e trova in essa un'importante possibilità di autorealizzazione. Come osservano alcuni autori, infatti, tali attività «non possono essere considerate “occupazione” nel modo in cui il termine è usato solitamente nella letteratura economica, dove prevalgono le dimensioni classiche di merce. La loro principale caratteristica è quella di sottrarsi a una contropartita in denaro proporzionale alla natura della prestazione e al tempo dedicato al loro svolgimento, sebbene, pur non essendo retribuite, ottengano in vario modo una ricompensa»³². Tale ricompensa consiste, essenzialmente, nel riconoscimento sociale.

Una terza forma innovativa di partecipazione degli anziani alla comunità è rappresentata dalla possibilità di valorizzare e trasmettere le professionalità, competenze e sensibilità spirituali accumulate nel corso dell'esistenza. Le più recenti *policies* in materia di invecchiamento attivo sostengono, anche attraverso l'istituzione del volontariato civile e di consulte territoriali, l'impegno gratuito delle persone in età avanzata nei contesti sociali, istituzionali e scolastico-universitari tramite l'apporto delle esperienze formative, professionali, cognitive e umane che esse hanno variamente acquisito nell'ambito o al di fuori del mondo lavorativo. In cambio di tale impegno può essere facoltativamente previsto un sistema di incentivi, benefici e crediti sociali, quali, a titolo esemplificativo, i buoni utilizzabili per accedere alle opportunità culturali, di formazione e del tempo libero.

Tab. 3 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore dell'impegno civile

TRADIZIONALI INNOVATIVI

Sostegno alle forme volontarie di impegno civile

Promozione della partecipazione degli anziani alla vita di comunità

Sostegno al coinvolgimento degli anziani in progetti sociali e protocolli di rete

Valorizzazione delle professionalità e competenze acquisite dagli anziani

32 Cfr. De Sario B., Sabbatini A. [2010], *Quanto valgono le attività non retribuite delle persone anziane in Italia*, in «Inchiesta», n. 170

Quale forma di promozione dell'invecchiamento attivo, la Regione Friuli Venezia Giulia, attraverso il sostegno al volontariato civile, favorisce anche la partecipazione degli anziani alla vita di comunità, nell'associazionismo o in progetti sociali finalizzati al benessere della stessa comunità e inseriti prioritariamente in specifici protocolli operativi nel contesto dei piani di zona. L'ente regionale, oltre a valorizzare i Comuni in cui si attivano incontri periodici con le persone prossime alla quiescenza per raccogliere la loro disponibilità a prestazioni gratuite nell'ambito delle competenze e professionalità acquisite, sostiene i progetti sperimentali, le convenzioni tra soggetti pubblici e privati e i sodalizi familiari che sviluppano le opportunità partecipative degli ultrasessantacinquenni³³.

4.4 – Cultura e turismo sociale

Gli elementi che contribuiscono alla costruzione sociale della vecchiaia – vale a dire lo status attribuito agli anziani – e gli orientamenti culturali nei loro confronti variano nel tempo e nei diversi contesti socio-territoriali. Ovunque e più di una volta, tuttavia, l'invecchiamento della popolazione è stato o viene contemplato come un problema di particolare gravità, anche per il prevalere di modelli interpretativi fondati su una svalorizzazione della stessa vecchiaia, considerata una fase vitale di riposo, isolamento, scarsa produttività e perdita di utilità per il sistema economico. Questi modelli, in passato e tutt'oggi, tendono a generare discriminazioni sociali basate su errate credenze che condizionano negativamente le politiche aziendali per le persone in età avanzata.

Già alla fine degli anni sessanta, Butler conia la definizione di *ageism* per descrivere i pregiudizi connessi alla discriminazione sociale e culturale fondata sull'età³⁴, mentre più recentemente gli stereotipi negativi verso gli anziani sono stati identificati in tre punti principali: la difficoltà di

adattarsi al cambiamento, con particolare riferimento ai nuovi modi di lavorare e all'avvento delle tecnologie ICT; una caduta delle performance lavorative indipendente dall'organizzazione del posto di lavoro e dalle sue caratteristiche fisico-ergonomiche; la necessità di sostenere costi più elevati a causa del maggior assenteismo³⁵. Tali preconcetti ostacolano l'implementazione delle politiche di invecchiamento attivo e trascurano le evidenze scientifiche che dimostrano come, in molti ambienti lavorativi, i dipendenti con maggior anzianità siano ritenuti più affidabili e coinvolti, leali verso l'organizzazione e in grado di stabilire e mantenere migliori rapporti personali con colleghi e superiori³⁶.

Queste ultime evidenze orientano le più moderne politiche sociali per la terza età a supportare la diffusione di un'immagine positiva degli anziani, promuovendo una "rivoluzione culturale" che,

33 Cfr. LR 22/2014 (art. 7).
34 Cfr. Butler R.N. [1969], <i>Age-ism: Another form of bigotry</i> , in «The Gerontologist», n. 9.
35 Cfr. Lazazzara A., Bombelli M.C. [2011], <i>Hrm practices for an ageing Italian workforce: the role of training</i> , in «Journal of European Industrial Training», n. 8.
36 Ibidem.

attraverso le agenzie di socializzazione, gli istituti di ricerca e i mass-media, rovesci le percezioni tradizionali della vecchiaia e valorizzi le capacità e competenze degli stessi anziani, invece di sottolinearne i presunti costi sociali e la quasi inevitabile improduttività. Negli ultimi dieci anni, al riguardo, diversi Paesi membri dell'Unione Europea hanno intrapreso iniziative per promuovere il cambiamento della cultura del pregiudizio, utilizzando diverse forme d'intervento: dalla discussione pubblica tramite conferenze alla creazione di osservatori, fino alla stesura di piani pluriennali o codici

di condotta per le imprese e parti sociali. Altre campagne di *ageawareness* prevedono la raccolta e disseminazione di buone prassi, premi per progetti innovativi di gestione dei lavoratori con maggior anzianità e la creazione di apposite *authorities*, *task force* e agenzie di consulenza.

Altre buone prassi d'invecchiamento attivo puntano a sostenere l'accesso degli anziani a eventi musicali e culturali, nonché a coinvolgerli nella promozione della storia e tradizione locale attraverso il terzo settore o altre forme di impegno civile. La partecipazione ai suddetti eventi contribuisce al benessere soggettivo, dal momento che consente la fruizione di rappresentazioni artistiche e creative

dai contenuti valoriali, simbolici ed espressivi ad alto impatto emozionale e formativo. Affinchè siano fruibili è però importante ripensare specifici eventi o modalità specifiche di coinvolgimento delle persone anziane adattando gli eventi anche i loro bisogni e interessi. Analogamente, l'interessamento diretto in attività di divulgazione conoscitiva del patrimonio storico e dei riferimenti tradizionali e identitari della propria comunità eleva la qualità della vita, intensificando la relazionalità interpersonale e la soddisfazione dei bisogni immateriali di socializzazione e reciprocità.

Tab. 4 – Orientamenti di politica per la terza età nel settore della cultura e del turismo sociale TRADIZIONALI INNOVATIVI

Ageism – Svalorizzazione della vecchiaia

Supporto alla diffusione di un'immagine positiva dell'anziano

Promozione dell'accesso generazionalmente indifferenziato a eventi musicali e culturali

Promozione dell'accesso della terza età a eventi musicali e culturali

Sostegno alle forme volontarie di impegno civile

Sostegno all'impegno civile degli anziani nella promozione storico-culturale

Con riferimento alle tematiche sin qui trattate, la Regione Friuli Venezia Giulia promuove iniziative socio-culturali finalizzate a favorire l'inclusione e l'immagine positiva degli anziani, nonché l'impegno civile degli stessi nella promozione della storia, cultura e tradizione locale. L'ente

regionale, inoltre, sostiene il turismo sociale, facilitando, in particolare, l'accesso a eventi musicali e di teatro, cinema, mostre e musei³⁷.

37 Cfr. LR 22/2014 (art. 8).

4.5 – Trasporti sociali

È opinione ormai diffusa che il benessere dei cittadini, lungi dall'apparire intelligibile soltanto in un'ottica materialista, si collega alla più generale opportunità di condurre una vita soddisfacente anche sotto l'aspetto psicologico, cognitivo, relazionale e sociale³⁸. In una città divengono dunque decisivi, nel complesso, fattori d'innalzamento della qualità del vivere quotidiano come la piena possibilità di spostamento verso le strutture e iniziative sanitarie, assistenziali, educative, formative e culturali, anche attraverso il sostegno pubblico ai trasporti collettivi e individuali. La mancanza o inadeguatezza di interventi volti a promuovere la mobilità degli anziani sul territorio favorisce la crescita dei fenomeni di povertà ed esclusione, connessi, oltretutto alle scarse disponibilità di reddito e beni primari (es. cibo, casa, vestiario, ecc.), pure alla privazione dei servizi indispensabili per un compiuto esercizio dei diritti di cittadinanza.

Per ampliare la gamma delle opportunità di movimento degli anziani, le più moderne strategie istituzionali a favore dell'invecchiamento attivo promuovono il trasporto sociale in associazione a quello pubblico locale. Si tratta di un servizio domiciliare mirato a garantire agli stessi anziani il diritto di vivere dignitosamente nella propria comunità, qualora non sia facile o possibile, per loro, accedere ai tradizionali mezzi di spostamento (bus, corriere, tram, ecc.) o avvalersi delle reti di solidarietà primaria (famiglia, amici, vicinato, ecc.). Tale servizio è utile per garantire appieno la fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie, assistenziali e riabilitative, nonché la mobilità verso i luoghi di lavoro, gli uffici comunali, i centri educativi e socio-ricreativi e le sedi associative insediate nel territorio. Esso, in base alle destinazioni ed esigenze personali, può essere effettuato in forma individuale o collettiva e presuppone un progetto elaborato in accordo con l'utenza, nonché la compartecipazione della medesima ai costi di erogazione.

Il trasporto sociale rappresenta una forma alternativa e innovativa di mobilità e può essere garantito con veicoli di proprietà pubblica, in comodato d'uso o forniti da ditte esterne, generalmente dotati di specifiche attrezzature e/o modifiche strutturali a favore delle persone disabili. La sua erogazione avviene indistintamente tramite dipendenti comunali, volontari o personale addetto all'assistenza domiciliare, a seguito di un accertamento del bisogno e dell'effettiva mancanza di altre soluzioni praticabili. Nell'ottica dell'invecchiamento attivo, tale servizio dà risposta alle esigenze di indipendenza e socializzazione ed è erogabile in modo continuativo (giornalmente o più volte alla settimana), oppure occasionalmente per una sola volta o nell'arco di un periodo inferiore a un mese.

Tab. 5 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore dei trasporti sociali

TRADIZIONALI INNOVATIVI

Promozione e rafforzamento dei servizi di trasporto pubblico locale

Offerta di servizi adattati, alternativi o assistiti di trasporto

Promozione innovativa della mobilità e del trasporto sociale associativo

38 Cfr. Inglehart R. [1983], *La rivoluzione silenziosa*, Milano, Rizzoli; Ardigò A. [1980], *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Bologna, Cappelli.

Con riferimento ai contenuti del presente paragrafo, la Regione Friuli Venezia Giulia, al fine di favorire il libero movimento sul territorio delle persone in difficoltà, persegue l'obiettivo di offrire alle stesse servizi di spostamento collettivo appositamente adattati o alternativi, garantendone la fruibilità alle medesime condizioni degli altri cittadini. L'ente regionale, inoltre, promuove il trasporto sociale e assistito nel contesto degli interventi di pianificazione e qualificazione del sistema di welfare regionale³⁹.

4.6 – Salute e benessere

Alcuni autori, nel trattare il tema dell'invecchiamento attivo, sottolineano quanto sia rilevante promuoverlo nella prima parte della vita – quando le malattie croniche non si sono ancora presentate – al fine di salvaguardare la salute nell'età più avanzata⁴⁰. Emerge dunque, quale linea strategica fondamentale delle politiche sociali più innovative, il rafforzamento delle attività di prevenzione in affiancamento agli obiettivi tradizionali della cura e dell'istituzionalizzazione della malattia⁴¹. La prevenzione stessa può articolarsi in tre diversi livelli d'azione:

- primaria, quando interessa la promozione di stili di vita sani che consentano di evitare l'insorgere di patologie invalidanti;
- secondaria, se si basa su screening mirati a realizzare diagnosi precoci per intervenire tempestivamente in situazioni di disequilibrio di salute, anche modificando gli stili di vita;
- terziaria, allorché punta a prevenire le recidive di una patologia in atto o la limitazione delle conseguenze o complicanze.

Secondo la letteratura in esame, l'assenza di investimenti e riconoscimenti istituzionali in materia di prevenzione denota la permanenza di modelli assistenziali incentrati sul concetto di malattia, piuttosto che su quello di salute e benessere. In questo settore delle politiche sociali, infatti, l'invecchiamento attivo può essere promosso se si supera quella cultura tradizionale che affronta l'invecchiamento stesso come una situazione progressivamente invalidante e patologica, al punto da ingenerare costi e necessità crescenti di cura, ospedalizzazione o ricovero nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Con tale approccio si connotano in senso "difensivo" gli interventi a favore della terza età, considerando la vecchiaia, la cronicità e la disabilità quali principali problemi socio-sanitari da affrontare nel medio e lungo periodo. La dimensione strategica preventiva passa in secondo piano, viene finanziata marginalmente e concepita solo in termini di ritardo o rallentamento dei processi di decadimento e perdita di autonomia, verso la cui gestione si destina la gran parte delle risposte e risorse disponibili.

39 Cfr. LR 22/2014 (art. 9).

40 Cfr. Schroots J.J. [2012], *On the dynamics of active aging*, in «Current Gerontology and Geriatrics Research», n. 3.

41 Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia [2015], *Piano regionale prevenzione del Friuli Venezia Giulia, 2014-2018*, DGR 1243/2015.

Le politiche sociali mirate all'invecchiamento attivo, al contrario, mirano a ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione. Esse danno priorità al sostegno domiciliare della persona anziana e alla sua permanenza nel contesto familiare, oltreché alla prevenzione della non autosufficienza attraverso la promozione di stili di vita sani che contemplino l'attività sportiva e fisico-motoria, una corretta alimentazione e l'astensione da abitudini personali (es. fumo o eccessivo consumo di alcool) che favoriscono l'insorgere di patologie croniche e degenerative. Attraverso un'analisi multidimensionale del bisogno, tali politiche perseguono il potenziamento dei servizi territoriali, la programmazione di campagne d'informazione sulla salute e la valorizzazione dei soggetti in età avanzata all'interno della rete familiare e sociale di appartenenza, anche d'intesa con i Comuni e le organizzazioni non profit.

Gli orientamenti più avanzati di politica sociale riconoscono e valorizzano il rapporto di tutela e sostegno che i coniugi e i figli possono offrire ai soggetti anziani, offrendo ai primi servizi e aiuti destinati a integrare il lavoro di cura quotidiana o temporanea e a sostenere psicologicamente gli stessi anziani, nonché a fronteggiare le spese per i maggiori impegni o le operatrici assistenziali qualificate (c.d. badanti). Tali orientamenti prevedono l'erogazione di sostegni personalizzati, tenendo conto che la composizione delle reti familiari si differenzia e, così come alcune persone in età avanzata possono contare solo sulle proprie ristrette risorse, altre possono vivere all'interno di nuclei numerosi, oppure da soli, ma con l'appoggio di un fitto sistema di relazioni parentali. La differenziazione delle prestazioni consente, in ultima istanza, di scegliere quelle più rispondenti alle

specifiche condizioni e necessità dell'utente, restituendogli il potere di autodeterminazione e la dignità soggetto attivo nella comunità.

Il recepimento delle indicazioni comunitarie in materia di invecchiamento attivo prevede inoltre di promuovere, a livello regionale e locale, il coinvolgimento degli over 65 nella vita sociale della comunità, evitando i rischi di segregazione ed emarginazione caratteristici delle misure tradizionali che contemplano la terza età come fascia debole e passiva. Le strategie innovative di politica sociale mirano a eludere le categorizzazioni tipiche della legislazione assistenziale (minori, anziani, disabili, ecc.) che tendono a evidenziare il deficit e a favorire, attraverso l'istituzionalizzazione, possibili fenomeni di isolamento ed estraneazione dalla società. Esse puntano, viceversa, a promuovere la partecipazione dell'utente – inteso quale risorsa per la collettività – a luoghi di incontro, socializzazione e apporto civico in cui possa soddisfare tutta la sfera dei bisogni post-materialisti di relazionalità, reciprocità e affettività umana e associativa.

Un classico esempio di spazio di socializzazione aggiuntivo alle tradizionali strategie di risposta ai meri bisogni materiali è costituito dai centri anziani, strutture associative libere e spontanee ormai presenti in tutto il territorio nazionale, anche se assai più capillarmente nelle regioni del Centro-Nord. Esse sono in genere finanziate dagli enti locali, in particolare dai Comuni che ne stabiliscono i regolamenti e forniscono direttamente i locali in cui svolgere la vita associativa. Le attività praticate in tali strutture rientrano, la maggior parte delle volte, nel settore ricreativo o culturale, consentendo agli stessi anziani di mantenere e condividere curiosità e interessi, come dimostra l'alto numero di iscritti e frequentatori censiti da appositi studi e ricerche⁴².

42 Cfr. Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno [2010], *Gli anziani in Italia: aspetti demografici e sociali ed interventi pubblici*, in «I quaderni della documentazione», n. 1

Alla suddetta dimensione, infine, si collegano le politiche di promozione del benessere incentrate sulla co-abitazione intergenerazionale e tra anziani. Tali politiche di invecchiamento attivo rappresentano una valida alternativa all'istituzionalizzazione e al ricovero nelle strutture residenziali e semiresidenziali, con particolare riferimento alla condivisione abitativa tra persone ultrasessantacinquenni e giovani studenti o lavoratori che, in cambio di un alloggio adeguato, offrono compagnia e contribuiscono a soddisfare i bisogni di sicurezza materiale, impegnandosi a rimanere in casa durante la notte. La stessa coabitazione, oltre a promuovere lo sviluppo di valori quali la solidarietà, le reciprocità e il rispetto degli altri, incoraggia i soggetti in età avanzata a rimanere e vivere nelle loro dimore, creando rapporti affettivi complementari a quelli della famiglia di appartenenza. Quest'ultima costituisce parte integrante dei progetti di convivenza, al cui interno può svolgere un ruolo di supporto finanziario o di responsabilità dinanzi agli eventuali problemi di salute⁴³.

Tab. 6 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore della salute e del benessere TRADIZIONALI INNOVATIVI

Cura delle patologie (centralità della malattia) Prevenzione delle patologie (centralità della salute)

- Ospedalizzazione
- Istituzionalizzazione
- Domiciliarità

Sostegno nel contesto familiare

Ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali

- Co-residenza tra anziani
- Co-abitazione intergenerazionale

Erogazione di sussidi e prestazioni mediche Promozione dell'educazione fisica e motoria

- Ospedalizzazione, istituzionalizzazione, ricovero
- Risposta ai bisogni materiali
- Spazi di socializzazione, incontro e

partecipazione sociale

- Risposta ai bisogni relazionali

Con riferimento a quanto sinora premesso, la Regione Friuli Venezia Giulia, in un'ottica non assistenzialista e di prevenzione dei processi invalidanti (fisici e psicologici), adotta interventi e azioni per limitare l'ospedalizzazione delle persone anziane e il loro inserimento in strutture residenziali, promuovendone la dignità, l'autonomia, la libera scelta e l'autodeterminazione. L'ente regionale, inoltre, facilita la co-residenza tra gli ultrasessantacinquenni e la sperimentazione di modelli abitativi intergenerazionali, orientando le politiche sociali e sanitarie verso la domiciliarità e la permanenza nei contesti familiari e territoriali al fine di contrastare, anche con lo sviluppo dei servizi di domotica e teleassistenza, i fenomeni di emarginazione sociale e perdita dell'autonomia personale. La legge 22/2014, infine, favorisce, anche attraverso protocolli operativi tra le associazioni e specifiche campagne di informazione e sensibilizzazione, la diffusione di corretti stili di vita, dell'educazione fisica e motoria e degli spazi di prossimità, incontro, socializzazione e partecipazione⁴⁴.

43 Cfr. Pinto T.A. et al. [2009], *Ensieme ieri, oggi e domani. Guida alle idee per la pianificazione e l'attuazione dei progetti intergenerazionali*, Progetto Mates – Mainstreaming Intergenerational Solidarity

4.7 – Abitazione e accesso alle nuove tecnologie, all'informazione e ai servizi

Uno degli elementi fondamentali nella vita della persona anziana è lo spazio di vita, in primis l'abitazione. Essa invecchia assieme al suo inquilino o proprietario che, con il trascorrere degli anni, può diminuire la propria capacità economica, fisica e psicologica di viverla al meglio ed effettuarne la manutenzione. Psicologi e medici, al riguardo, consigliano la permanenza degli anziani nei propri spazi di vita e, indirettamente, avvalorano le politiche istituzionali volte a migliorare degli ambienti abitativi tramite soluzioni innovative e tradizionali. Tra queste ultime si annoverano gli accorgimenti di domotica ed ergonomia non tecnologica: dall'installazione di ascensori alla sostituzione dei fornelli a gas con quelli elettrici, fino ad arredi più pratici, funzionali o utili per evitare cadute e incidenti (es. maniglie a ventosa nelle docce). Alcuni studiosi, trattando il problema del rapporto tra la casa e le persone in età avanzata, evocano la possibilità futura di un'edilizia per anziani, incentrata su adattamenti mirati a rimpicciolire gli ambienti, riscaldarli al meglio e deprivarli di barriere architettoniche⁴⁵.

Al giorno d'oggi, tuttavia, le nuove tecnologie ICT sono entrate intensamente a far parte della vita dei cittadini e appaiono destinate a esserlo sempre di più. William C. Mann⁴⁶ propone, a titolo esemplificativo, un ventaglio di strumenti e soluzioni che potrebbero migliorare la qualità della vita degli anziani, a partire dalla versatilità dei tablet PC che, direttamente da casa, consentono l'interazione con il negozio virtuale, l'acquisto dei beni desiderati, il pagamento con moneta elettronica e la consegna a domicilio. "Apps" specializzate, inoltre, permettono di evitare la procedura di compilazione dei bollettini postali e on-line attraverso codici ottici in grado di identificare e predisporre automaticamente l'operazione di saldo delle utenze. Tali strumenti sono altresì utili per gestire in remoto le difficoltà domestiche (es. utilizzo degli elettrodomestici) con tecnici collegati in video-call, garantendo il controllo a distanza di situazioni potenzialmente pericolose o di disagio.

L'abitazione e le tecnologie dell'informazione e della comunicazione rappresentano le due facce di una sola medaglia che valorizza l'invecchiamento attivo. Una moderna politica sociale per la terza età deve pertanto sostenere, in aggiunta ai tradizionali interventi strutturali di domotica ed ergonomia abitativa, il miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita degli anziani, con particolare riferimento ai servizi socio-assistenziali e sanitari. La telemedicina e l'uso della strumentazione ICT tra le persone anziane e gli operatori professionali costituiscono, in prospettiva futura, le più avanzate modalità di promozione della salute e dell'autonomia personale, evitando il

disagio di effettuare molti controlli a distanza di routine e i conseguenti spostamenti, spese e attese. Si pensi, al riguardo, alla semplice possibilità di ordinare e ottenere la consegna dei pasti a domicilio, oppure alle nuove *apps* che consentono di misurare la pressione o il battito cardiaco in collegamento telematico

44 Cfr. LR 22/2014 (art. 10).

45 Cfr. Amendola G. [2011], *Abitare e vivere la città*, in A. Golini, A. Rosina (a cura), *Il secolo degli anziani. Come cambierà*

l'Italia, Bologna, Il Mulino.

46 Cfr. Mann W.C. [2005], *Smart technology for Aging, Disability, and Independence: The State of the Science*, New York, Wiley.

Le prassi più innovative di sostegno all'invecchiamento attivo puntano a dotare le abitazioni di linee *wireless* che permettano le suddette interazioni e migliorino la qualità del vivere quotidiano. Diviene innegabile, a tale proposito, lo stretto collegamento tra le *policies* della casa e quelle della formazione alle persone in età avanzata, stante il loro ritardo di informazione e capacità di utilizzo in merito alle nuove tecnologie ICT. La diffusione di queste tecnologie, tuttavia, è un processo irreversibile anche tra le generazioni più anziane e appare destinata a diventare una parte irrinunciabile della loro quotidianità. La stragrande maggioranza degli stessi anziani, in Italia, rimane proprietaria della propria casa e, non dovendo sostenere le spese di affitto, può spendere una parte significativa del reddito in consumi per via telematica, a vantaggio di un mercato potenziale per le aziende pubbliche e private interessate a “investire nell’anzianità” allo scopo aumentare la competitività ed espandersi.

È importante, riguardo alle politiche di miglioramento tecnologico degli spazi di vita, distinguere il concetto di accesso da quello di accessibilità: il primo si identifica semplicemente con la disponibilità di hardware, software e infrastrutture, mentre il secondo implica che tale disponibilità si traduca, per gli anziani, in una possibilità di utilizzo concreto e funzionale alle proprie esigenze. Alcuni autori definiscono quest’ultimo concetto con il termine di usabilità, inteso come “l’efficacia, l’efficienza e la soddisfazione con cui utenti specifici raggiungono determinati obiettivi in una situazione particolare”⁴⁷, a partire dal presupposto di acquisire una piena consapevolezza delle potenzialità della tecnologia. L’impegno delle istituzioni e del terzo settore deve dunque orientarsi, da un lato, alla rimozione delle barriere sociali, organizzative, economiche e individuali che impediscono la fruizione delle opportunità offerte dalla rivoluzione digitale; dall’altro, verso investimenti in ausili, apparecchiature o programmi informatici che consentano, anche a chi vive deficit fisici o sensoriali legati all’anzianità, di migliorare le loro capacità di informazione, comunicazione e controllo degli ambienti abitativi (luci, televisione, porte e finestre, ecc.).

Tab. 7 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore dell’abitazione e dell’accesso alle nuove tecnologie, all’informazione e ai servizi

TRADIZIONALI INNOVATIVI

Promozione della domotica ed ergonomia

abitativa non tecnologica

Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita, con tecnologie accessibili

Promozione dell’informazione tramite mass media, non profit e sportelli pubblici

Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite ICT

47 Cfr. Dix A., Finlay J., Abowd G., Beale R. [1998], *Human Computer Interaction*, Prentice Hall Europe.

Un sotto settore di fondamentale importanza nell'ambito di una politica d'invecchiamento attivo è quello dell'accesso all'informazione e alle opportunità di lavoro, relazione e impegno sociale, culturale, sportivo o ricreativo. Una buona prassi a favore della terza età affianca l'utilizzo attivo, personale e domiciliare delle più recenti tecnologie ICT ai tradizionali canali di comunicazione passivi e a distanza, quali i mass-media, gli sportelli pubblici (Comuni, aziende sanitarie, scuole e università, ecc.) e le reti di solidarietà secondaria (sindacati, associazionismo, volontariato, organizzazioni familiari e di rappresentanza, ecc.). Il sostegno all'uso di tali tecnologie è ormai fondamentale per diffondere in modo innovativo e più capillare, anche attraverso protocolli operativi tra i suddetti enti e misure volte a coordinare la loro offerta comunicativa, le stesse informazioni e le conseguenti possibilità d'integrazione degli anziani nei contesti lavorativi e nei mondi vitali quotidiani delle loro comunità di appartenenza.

La Regione Friuli Venezia Giulia, con riferimento a quanto testé osservato, sostiene la diffusione di informazioni e opportunità e facilita l'accesso alle stesse da parte dagli anziani, anche attraverso protocolli operativi e strumenti tecnologicamente innovativi e sostenibili. L'ente regionale, inoltre, promuove la ricerca e l'innovazione finalizzate a migliorare gli ambienti di vita e l'accessibilità delle abitazioni, nonché l'adozione di misure volte a favorire il coordinamento dell'offerta e a garantire unacapillare informazione alla popolazione⁴⁸.

4.8 – Completamento dell'attività lavorativa

Le più avanzate politiche sociali a favore degli anziani promuovono nuovi approcci aziendali verso le risorse umane, considerate un capitale immateriale che si crea e rafforza nel tempo con l'acquisizione del *know-how* necessario a sostenere e sviluppare le strategie innovative e i volumi di mercato delle imprese. Secondo questi approcci, le persone in età avanzata che possiedono esperienza e conoscenze devono essere valorizzate come preziosi fattori di competitività. Si tratta di orientamenti che, in Italia, divengono particolarmente attuali alla luce della recente riforma del sistema pensionistico, volta a innalzare le soglie dell'entrata in quiescenza fino a 66 anni per gli uomini o per le donne nel pubblico impiego e a 62 per le professionalità femminili attive nel settore privato, fermo restando, per le medesime, un percorso di uniformazione graduale ai parametri maschili entro il 2018.

Tale riforma rappresenta una sfida non solo per le *policies* attuate a livello regionale, ma anche per tutto il sistema delle stesse imprese, obbligato a rivedere profondamente, nel medio periodo, le proprie modalità di gestione del personale.

La possibilità di realizzare strategie di invecchiamento attivo nella sfera dell'attività lavorativa dipende, in buona parte, dagli scenari nazionali in materia previdenziale. Paesi come l'Italia, fin dapprima dell'attuale crisi economica, hanno messo in pratica le tradizionali politiche di prepensionamento, oppure di riduzione degli organici attraverso i licenziamenti consensuali dei lavoratori più anziani, assistiti poi, sotto diverse forme, dal welfare pubblico. Queste politiche, lungi dal favorire il coinvolgimento degli stessi anziani nei vari settori della società ed economia, costituiscono un solido presupposto per rafforzare, dal punto di vista culturale, un'interpretazione della terza età come fase di disimpegno soggettivo (*disengagement*) e perdita di ruolo strutturale (*rolelessness*), due fattori caratteristici di un processo di chiusura relazionale e scarso riconoscimento da parte della comunità di appartenenza⁴⁹

48 Cfr. LR 22/2014 (art. 11).

L'Italia appartiene al novero dei paesi in cui, sino ai recenti provvedimenti anticrisi (es. riforma Fornero), si adottavano le prassi di prepensionamento come modalità di risoluzione degli esuberanti aziendali. La diffusione di tali prassi è stata favorita dalla mancata abolizione, fino al 2006, del sistema di quiescenza per requisiti di anzianità che, unitamente a quello dell'indennità di mobilità, ha consentito la loro prosecuzione per lungo tempo. Secondo alcuni autori⁵⁰, i più moderni modelli

di politica sociale per la terza età mirano a colmare il generale ritardo delle imprese italiane nel riconoscere la rilevanza delle strategie innovative di completamento dell'attività lavorativa, incentivando le stesse ad abbandonare la strada dell'entrata anticipata in pensione quale strumento per combattere le crisi strutturali e ridurre i costi. Il ricorso a questo strumento, infatti, evidenzerebbe il permanere di una visione di breve periodo in cui gli interventi sulle risorse umane sono decisi in base a convenienze congiunturali o a pressioni di bilancio, a discapito degli obiettivi di valorizzazione degli anziani nel mondo del lavoro.

Quali sono, dunque, le politiche e misure alternative alle tradizionali strategie istituzionali e aziendali di prepensionamento ed espulsione dal circuito produttivo? Una prima soluzione è rappresentata dal favorire il lavoro part-time misto alla pensione (c.d. *flexibleretirement*), buona prassi che prevede, per i lavoratori che sono vicini all'età della quiescenza o l'hanno già raggiunta, una riduzione dell'orario lavorativo e, contestualmente, la garanzia di un supporto finanziario. Quest'ultimo può essere costituito da una pensione parziale, da un'integrazione della retribuzione e/o dei contributi previdenziali, oppure da un'indennità di altro tipo (es. disoccupazione). Il pensionamento flessibile o progressivo consente ai lavoratori anziani di non passare bruscamente da un'intensa vita occupazionale alla totale inattività, riducendo la possibile percezione di essere socialmente esclusi.

Per l'impresa, inoltre, tale modalità di uscita graduale dall'organico delle risorse umane assicura una sostituzione programmata del soggetto interessato, il passaggio di consegne a persone più giovani e, da ultimo, la possibilità di mantenere in azienda competenze qualificate, qualora se ne riscontri la carenza.

Una seconda buona prassi alternativa all'uscita totale e definitiva dal circuito produttivo è rappresentata dall'alternanza tra lavoro e impegno civile. L'allungamento della vita lavorativa, infatti, può essere favorito attraverso soluzioni che consentano di mantenere un impegno professionale

coerente con l'aumento dell'età e dei problemi che esso comporta. Un approccio innovativo di politica sociale, dunque, promuove e valorizza i programmi aziendali volti a ridurre gradualmente le ore di impiego delle risorse umane più anziane tramite intervalli sabbatici (giornalieri, settimanali o periodici) che prevedano, contestualmente, il loro coinvolgimento in attività socialmente utili, quali, a titolo esemplificativo: animazione, gestione, custodia e vigilanza di musei, biblioteche e parchi pubblici; assistenza culturale e sociale negli ospedali e nelle carceri; iniziative ecologiche sul territorio; conduzione di appezzamenti di terreno i cui proventi sono destinati a finalità collettive; azioni per le conoscenze e continuità delle tradizioni di artigianato locale.

49 Cfr. Bernardini S. [2003], <i>La società anziana</i> , Milano, Franco Angeli.
--

50 Cfr. Malpede C., Villosio C. [2009], <i>Più a lungo al lavoro e più attivi in pensione</i> , Milano, FrancoAngeli.

Una politica di invecchiamento attivo mirata a favorire il completamento dell'attività lavorativa deve altresì contemplare incentivi e misure premianti per le imprese direttamente impegnate a tutelare la salute dei loro dipendenti anziani. L'intervento delle stesse imprese può variamente riguardare

l'offerta di prestazioni sanitarie cui accedere privatamente per ridurre i tempi di attesa del SSN, l'accesso gratuito o scontato a check-up e controlli periodici preventivi e lo sviluppo di iniziative per incentivare i lavoratori a stili di vita più salutari. La possibilità di rimanere più a lungo in azienda, infatti, si collega a un'attenta promozione del benessere delle risorse umane in età più avanzata, anche attraverso azioni specifiche per la riduzione dello stress lavorativo, la stipula di assicurazioni integrative aziendali e programmi di fitness o dieta da realizzarsi sul luogo di lavoro.

Una prassi innovativa per promuovere l'invecchiamento attivo nei luoghi di lavoro risiede nel trasferimento di competenze tra lavoratori anziani e giovani. Una moderna politica sociale per la

terza età punta, al riguardo, a sostenere le pratiche manageriali di medio e lungo periodo che si incentrano sulla collaborazione intergenerazionale per la trasmissione di conoscenze, esperienze e *know-how* non facilmente acquisibili per altra via, ma ancora utili per la competitività dell'impresa. Tali programmi, in genere, si basano su sistemi strutturati di *knowledge management*, aumentano le prospettive di carriera interna delle coorti giovanili beneficiarie e consentono alle risorse umane più vicine al pensionamento di valorizzare il lungo percorso professionale e accrescere il proprio ruolo nella fase finale della vita lavorativa.

Il miglioramento delle condizioni ambientali nel luogo di lavoro è un'altra prassi innovativa che può assicurare una duratura permanenza delle risorse umane in azienda. Essa rappresenta una valida alternativa ai metodi tradizionali di trasferimento del personale più anziano in posti meno faticosi, ma residuali nel processo produttivo. Il ricorso a questi metodi, infatti, diviene sempre meno praticabile e redditizio a causa delle innovazioni tecnologiche e organizzative, nonché del diffondersi di una cultura imprenditoriale incentrata sulla continua razionalizzazione dei costi e degli sprechi. Un approccio moderno al tema del completamento dell'attività lavorativa sostiene i programmi aziendali che contemplano la costruzione di ambienti lavorativi pensati per essere vissuti e gestiti da team in cui gli ultrasessantenni rappresentino la maggioranza, coinvolgendo gli stessi nella loro progettazione. Tali ambienti puntano ad aumentare la qualità e sostenibilità del lavoro e a ridurre la fatica e la possibilità di ammalarsi in età più avanzata, prevedendo modifiche ergonomiche che stimolino la volontà di proseguire la vita lavorativa (es. pavimentazioni in legno, calzature ortopediche, sedie regolabili, monitor orientabili, lenti d'ingrandimento per i montaggi, tavoli regolabili, strumenti di presa dei pezzi, strumenti di trasporto e sollevamento per sostituire la movimentazione manuale, ecc.).

Una politica sociale orientata a valorizzare l'invecchiamento attivo deve prendere in considerazione il sostegno alle strategie di riorganizzazione aziendale a favore dei dipendenti più anziani, con particolare attenzione ai ruoli più pesanti. Partendo dal comprovato assunto che non tutte le occupazioni sono adatte alle persone in età avanzata, si possono prevedere incentivi per le imprese che, per facilitare i percorsi di completamento dell'attività lavorativa, attuano pratiche manageriali *age-friendly*. Tali pratiche si incentrano, nella maggior parte dei casi, sulla ridefinizione delle mansioni da svolgere in base all'anzianità anagrafica, dirottando le risorse umane senior verso incarichi fisicamente meno stancanti, ma non residuali (es. consulenza, supervisione, telelavoro, ecc.). Esse, tuttavia, riguardano altresì, oltre al collegamento tra le carriere e gli anni di vita, l'alleggerimento dei ritmi e carichi giornalieri, la limitazione della turnazione notturna, la personalizzazione e flessibilizzazione degli orari (es. banca ore) e la creazione di *team work* generazionali misti con programmi di valorizzazione delle attività di trasmissione delle competenze. La promozione dell'invecchiamento attivo, infine, si basa anche su politiche attive di sostegno diretto alla domanda e offerta occupazionale, da praticare in alternativa al prepensionamento e ai rischi di permanenza nel lungo tunnel tra disoccupazione e pensione. Rientrano in questo gruppo le buone prassi quali i disincentivi ai licenziamenti dei lavoratori anziani, quali, ad esempio, il pagamento di maggiori contribuzioni alle casse previdenziali, l'obbligo di compartecipare alle spese di *outplacement* del personale con età avanzata in esubero (orientamento psicologico, bilancio professionale, piano di ricerca di un nuovo impiego, ecc.) e l'erogazione di sussidi salariali pubblici al datore o direttamente al dipendente per ridurre il costo del lavoro di quest'ultimo.

Tab. 8 – Orientamenti di politica sociale per la terza età nel settore del lavoro TRADIZIONALI INNOVATIVI

Prepensionamento e uscita definitiva dal circuito produttivo

- Sostegno al pensionamento flessibile o progressivo
- Sostegno all'alternanza tra lavoro e impegno civile
- Disincentivi ai licenziamenti di lavoratori anziani
- Incentivi all'assunzione di lavoratori anziani
- Sostegno alle strategie di trasferimento generazionale delle competenze

Erogazione di sussidi e pensioni per malattia e invalidità

Sostegno agli interventi aziendali di promozione e tutela della salute

Trasferimento in posti di lavoro residuali o a basso valore aggiunto

- Incentivi al miglioramento degli ambienti di lavoro
- Incentivi alle pratiche manageriali age-friendly

Nell'intento di attuare le suddette politiche di invecchiamento attivo, la Regione Friuli Venezia Giulia favorisce la realizzazione di interventi che agevolino il completamento della vita lavorativa da parte di persone in età matura, promuovendo il trasferimento di competenze ai lavoratori più giovani e la ricerca di modalità gradualità di uscita dal lavoro, anche tramite forme di impegno sociale e civile⁵¹.

51 Cfr. LR 22/2014 (art. 12).

PARTE II – GLI INTERVENTI DEL PROGRAMMA TRIENNALE

5. Introduzione

In base a quanto previsto dalla LR 22/2014⁵², la Regione intende perseguire gli obiettivi di promozione dell'invecchiamento attraverso la *programmazione di interventi coordinati e integrati* a favore delle persone anziane negli ambiti delle politiche familiari, della formazione permanente, della cultura e del turismo sociale, dei trasporti, della salute e del benessere, dello sport e del tempo libero, dell'impegno civile e del volontariato, della partecipazione, del lavoro. La normativa regionale prevede altresì che tale programmazione preveda la *promozione di iniziative territoriali* in collaborazione con i Comuni singoli o aggregati, con le Aziende sanitarie e le Aziende pubbliche di servizi alla persona, con le istituzioni scolastiche e le Università delle Libere Età e della Terza Età, con le forze sociali e le associazioni di rappresentanza delle persone anziane, nonché con i soggetti, enti e associazioni, privati che a qualsiasi titolo operano negli ambiti e per le finalità previste dalla legge. L'art. 4 infatti ipotizza il concorso di numerosi attori nell'attuazione della legge sull'invecchiamento attivo, anche nel contesto delle numerose iniziative attivate dai soggetti attuatori di cui sopra nel corso degli anni in modo diretto o associato, con la partecipazione a progettualità e circuiti nazionali e internazionali. Viene altresì indicato lo strumento dei Piani di zona (art.24 della LR 6/2006), quale una delle opportunità per favorire la costituzione e la partecipazione a reti e progettualità integrate.

Tali finalità sono perseguite attraverso il *programma triennale degli interventi per l'attuazione della legge n.22/2014, strumento operativo*, le cui strategie sono definite dalla Giunta, nel quale vengono definite le modalità, le azioni e le risorse con cui le Direzioni centrali dell'Amministrazione regionale concorrono alla sua realizzazione.

Si tratta di uno strumento di attuazione strategico che, nel dare attuazione alla normativa, deve superare la logica "tradizionale" di programmazioni parallele e settoriali, ma anche superare approcci separati evitando di ritagliare uno "specifico ambito per gli anziani" nella programmazione delle politiche. Il Programma deve piuttosto garantire l'effettiva applicazione del *principio di trasversalità* dell'efficacia della normativa sull'invecchiamento attivo attraverso l'adozione di strumenti di programmazione e progettazione ad approccio integrato, valorizzando i collegamenti tra politiche settoriali rivolte alle medesime categorie di destinatari, tenendo conto degli effetti reciproci.

Tale trasversalità è infatti uno dei principi-cardine della legge regionale n. 22/14, che ne garantisce l'applicazione prevedendo che il programma triennale⁵³ sia predisposto dalla Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali *sulla base delle indicazioni fornite dalle altre Direzioni competenti interessate*. Inoltre, si prevede che le funzioni di coordinamento dell'attuazione delle azioni previste dal programma triennale siano attribuite alla Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, ma: *avvalendosi di un tavolo di lavoro permanente tra le Direzioni centrali* che ha il compito di predisporre in coerenza con il

programma triennale un *piano di attuazione annuale*(approvato dalla Giunta regionale), volto a rendere operativi finalità e indirizzi della normativa⁵⁴..

52 Cfr. LR 22/2014 (art. 3).

53 Il Programma triennale è approvato dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare (art. 3 comma 4).

Nel dare attuazione alla normativa, infine, il programma triennale si propone di rispondere alla consapevolezza della necessità di una profonda svolta culturale, della modifica dell’approccio per adeguare e qualificare l’organizzazione del territorio e dei servizi alle reali e mutate esigenze della comunità⁵⁵.

In sostanza, dunque, l’obiettivo di fondo del programma è quello di operare un mutamento profondo nell’approccio ai problemi della popolazione anziana caratterizzato da:

- forte integrazione delle politiche territoriali;
- approccio non settoriale né “speciale”, ma *trasversale* rispetto alle politiche regionali;
- superamento dell’approccio “tradizionale”, prevalentemente socio-sanitario, conseguenza dello stereotipo sociale che connota la popolazione anziana essenzialmente come bisognosa di cure, e promozione del ruolo attivo nella società delle persone anziane basato sulla sua autonomia, libera scelta e autorealizzazione (approccio “innovativo”);

Da questo punto di vista il Programma (e il lavoro di coordinamento del tavolo permanente che ne sta alla base) rappresenta una prima concreta applicazione del principio di integrazione, rafforzato dal protagonismo delle comunità locali, nelle sue espressioni istituzionali e di rappresentanza sociale. Il programma triennale, proprio in questa sua prima formulazione, costituisce una cornice di riferimento ed un forte stimolo, che potrà essere arricchita di contenuti soltanto dall’iniziativa e della creatività delle comunità locali (attuando pienamente quanto previsto dall’art. 3 comma 2). La valorizzazione delle progettualità realizzate nei territori dagli stakeholder ha rappresentato uno dei passaggi-chiave su cui si è basata la preliminare proposta di programmazione triennale, attraverso la raccolta on line (e successiva analisi) delle buone prassi realizzate⁵⁶ e i successivi incontri con gli stakeholder locali⁵⁷.

Tali attività, condotte tra maggio e luglio 2015 sono state fondamentali per avviare una prima mappatura delle progettualità esistenti che ha consentito al tavolo permanente e alla Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali di individuare alcune attività esemplificative di riferimento per la stesura del documento programmatico.

Altresì, la proposta di programmazione è anche il risultato del confronto con i documenti emersi e le progettualità ed esperienze condotte entro reti internazionali, in cui la Regione stessa e diversi stakeholder sono stati coinvolti, al fine di porre lo strumento di programmazione in piena linea con le strategie UE dedicate all’invecchiamento attivo.

54 Il programma triennale e il piano di attuazione annuale sono approvati dalla Giunta Regionale, cfr. art. 3 comma 4 e comma 5 della LR 22/14.

55 Cfr. art. 13 “Clausola valutativa” della LR 22/14.

56 Cfr.: http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/GEN/Invecchiamento_attivo/articolo.html

57 Sono stati realizzati quattro incontri a Pordenone, Udine, Gorizia e Trieste nel mese di luglio 2015 con i “soggetti attuatori” richiamati nell’art. 4 della LR 22/2014.

Inoltre, la stesura del piano triennale ha tenuto conto dell’impostazione metodologica con cui si è cercato di individuare, rispetto alla finalità di favorire un invecchiamento attivo della popolazione in un’ottica intergenerazionale così come spesso ribadito nelle politiche dell’UE, quali possano essere

considerati interventi “innovativi” – e dunque da sostenere nel programma triennale – da quelli basati su approcci più “tradizionali”.

Si ritiene infine importante evidenziare come il programma triennale si pone pienamente in linea con le strategie comunitarie dedicate all’*active ageing* (Europa 2020 e il background paper “Growing the silver economy in Europe”) e in particolare la dimensione internazionale risulta presente in modo trasversale nell’ articolazione del Programma triennale. In particolare, la sinergia con l’Ue è evidenziata nelle singole azioni attraverso la possibilità di creare, rafforzare e valorizzare la presenza del Friuli Venezia Giulia nei programmi specifici e nelle reti internazionali di riferimento. Ciò per favorire la conoscenza, diffusione e scambio delle buone prassi e la conseguente messa a sistema.

6. La struttura e i contenuti del programma triennale

A partire dalle considerazioni sopra esplicitate, il documento di programmazione triennale si propone di rispondere alla finalità di porre la Regione come promotrice di un profondo rinnovamento e quale elemento catalizzatore di un processo ampio, libero e creativo, con una chiara scelta di metodo e di contenuti: mettere al centro la soggettività responsabile degli anziani di oggi e di domani e, in senso più ampio, la persona come risorsa interessata al processo di invecchiamento attivo.

A tal fine, il documento si struttura a partire dagli *obiettivi strategici di riferimento*, che vengono quindi declinati dal punto di vista operativo in specifiche *linee strategiche*, tra loro interconnesse e legate da relazioni di coerenza, sinergia e complementarietà e articolate in *aree di intervento*. Ciascuna area di intervento si struttura quindi in *obiettivi specifici, azioni* ed indica *i beneficiari, i destinatari, le fonti di finanziamento ed il periodo di realizzazione* nell’arco del triennio di programmazione.

Fig. 1 – Schema esemplificativo della struttura del programma triennale

A livello operativo, il Programma triennale risponde ai seguenti **obiettivi strategici** ritenuti essenziali:

- 1) utilizzo di modelli innovativi di intervento pubblico, in linea con gli indirizzi europei, volti a promuovere la partecipazione delle persone anziane alla vita sociale, civile, economica e culturale, tenendo conto delle necessità di favorire maggiore autonomia e benessere psicofisico e sociale;
- 2) utilizzo di modelli innovativi di intervento per l’invecchiamento attivo della persona, volti al miglioramento della qualità della vita e all’inclusione sociale;
- 3) ampliamento degli interventi volti alla prevenzione e al contrasto dell’esclusione, dei pregiudizi e delle discriminazioni verso le persone anziane.

Per rendere maggiormente efficace il piano, si evidenzia inoltre come i destinatari siano stati classificati nelle tre tipologie richiamate nei documenti europei dedicati alla *silver economy*, in base ai fabbisogni connessi all’invecchiamento attivo: anziani *fragili, dipendenti e attivi*⁵⁸.

Infine, come già evidenziato precedentemente, si sottolinea come il Programma sia caratterizzato da un richiamo *trasversale rispetto a tutte le linee strategiche della dimensione internazionale*, che si traduce concretamente nella possibilità di partecipare a progettualità e reti europee, sia rafforzando la partecipazione in partnership già attive, sia con l’adesione a nuovi programmi strategici per l’invecchiamento attivo.

58 Si rimanda al precedente paragrafo 3.2 e, per la classificazione, cfr. Ministero francese degli Affari Sociali, della Sanità e dei Diritti [2013], *The French Silver Economy strategy*, Parigi.

7. Le linee strategiche: aree di intervento, obiettivi specifici, azioni, target e soggetti coinvolti, risorse e tempi di attuazione

7.1 Linea strategica 1° – Sostegno alle responsabilità familiari

Questa linea strategica, risponde trasversalmente a quanto previsto dai tre obiettivi strategici e si propone di favorire le condizioni di sostenibilità delle responsabilità familiari nei confronti degli

anziani, promuovendo il supporto integrato alle famiglie per la permanenza a domicilio degli anziani, quale alternativa ai ricoveri nelle strutture di cura residenziali. Attraverso questa linea strategica, inoltre, la Regione sostiene politiche e interventi che tengano conto dei carichi familiari – con particolare riferimento alle donne – e favoriscano l’inserimento delle famiglie nelle reti più ampie di auto-organizzazione a supporto dell’invecchiamento attivo

Una prassi innovativa di politica sociale per la terza età è rappresentata dal sostegno alle famiglie per la permanenza a domicilio dell’anziano: dai servizi finalizzati a favorire il comfort e la cura personale, ai contributi per l’impiego di assistenti familiari (c.d. “badanti”) regolarmente contrattualizzate, che affiancano o sostituiscono i familiari nell’attività di cura, fino agli assegni mirati a sostenere l’impegno familiare diretto nel preservare l’autonomia e la salute della persona anziana.

Un ulteriore fattore considerato è stata la variabile di genere, sia in riferimento alla persona anziana, sia dell’eventuale care giver. Infine, una significativa dimensione fa riferimento alla necessità di sviluppare quei circuiti socio-relazionali tra le famiglie che accudiscono persone anziane e gli anziani stessi. Il sostegno all’inserimento delle famiglie-care giver in reti non profit a supporto dell’invecchiamento attivo costituisce una prassi coerente con una rappresentazione dinamica e completa a favore dell’invecchiamento attivo, contribuendo a ridurre l’inserimento in struttura delle persone anziana.

Tenendo conto di tali elementi, **la Linea strategica 1°** si struttura in **3 aree di intervento**:

- Area di intervento 1.1- Sostenere le famiglie per la permanenza a domicilio della persona anziana;
- Area di intervento 1.2- Sostegno a coniugi e figli con riconoscimento dei carichi familiari;
- Area di intervento 1.3- Sostegno all’inserimento delle famiglie nelle reti non profit.

Area di intervento 1.1 - Sostenere le famiglie per la permanenza a domicilio della persona anziana

Obiettivi: *L’area di intervento si propone di promuovere ogni azione utile rivolta a supportare in modo integrato le famiglie per la permanenza più lunga possibile nel contesto domiciliare della persona anziana*

Azioni: Iniziative di sostegno alle famiglie (informazione, counseling, uso flessibile dei servizi, ampliamento dell’offerta dei servizi di sollievo), favorendo processi di empowerment (sia negli utenti sia nei caregivers) e formazione per familiari che assistono anziani;

Azioni specifiche per i caregiver (assessment e risposta ai loro bisogni, aiuto nella gestione delle cure) e per iniziative per attivazione di servizi informativi per problemi complessi (consulenze legali, previdenziali, psicologiche, assistenziali, tecniche per adattamento alloggi);

Servizi e contributi finalizzati (Servizio di assistenza domiciliare, Centri diurni, Fondo per l’autonomia possibile, ecc.).

Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver .

Destinatari: Anziani attivi; anziani fragili, anziani dipendenti Famiglie care-giver

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all’art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare la Direzione competente in materia di tutela della salute e politiche sociali.

• I Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di

finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 8.1.1.1138;8.7.1.1150;]

Periodo di realizzazione

2016-2018

Area di intervento 1.2 - Sostegno a coniugi e figli con riconoscimento dei carichi familiari

Obiettivi: *Favorire adeguate politiche che tengano conto dei carichi familiari, con particolare riferimento alle donne, e puntino a valorizzando le iniziative familiari di presa in cura degli anziani*

Azioni: Rafforzamento del programma di intervento per l'emersione, qualificazione del lavoro di cura svolto a domicilio dalle assistenti familiari;

Diffusione di informazioni tra famiglie e incentivazione tra le imprese per l'utilizzo di forme innovative di conciliazione dei tempi (welfare aziendale) per la cura di persone anziane;

Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver singole o associate, associazioni familiari

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti Famiglie care-giver

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare le Direzioni competenti in materia di lavoro e pari opportunità (cfr. prog.SiConTe e FSE) e di tutela della salute e politiche sociali;

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di finanziamento

• Regionale [Unità di bilancio: 8.1.1.1138;8.7.1.1150;8.5.1.1146]

• FSE (SiConTe e percorsi di incentivazione pratiche di welfare aziendale)

Periodo di realizzazione

• 2016-2018

Area di intervento 1.3 - Sostegno all'inserimento delle famiglie nelle reti non profit

Obiettivi: *Sostenere l'inserimento delle famiglie all'interno di reti più ampie di autoorganizzazione dei servizi a sostegno dei compiti familiari di promozione dell'invecchiamento attivo*

Azioni: Interventi informativi a livello regionale volti a promuovere una diffusione capillare tra i potenziali interessati delle attività svolte dai servizi, soggetti e realtà che operano a favore dell'invecchiamento attivo;

Rafforzamento del programma di intervento a favore dell'associazionismo familiare in particolare dei percorsi intergenerazionali.

Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver singole o associate, associazioni familiari.

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti Famiglie care giver.

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare le Direzioni competenti in materia di tutela della salute e politiche sociali e in materia di cultura, sport e solidarietà.

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di finanziamento

• Regionale [Unità di bilancio: 8.1.1.1138;8.7.1.1150;5.5.1.5060]

Periodo di realizzazione

2016-2018

Linea strategica 2 – Sostegno alla formazione

Questa linea strategica, attuando quanto previsto dall'art. 6 della legge regionale, si pone come macro-obiettivo quello di promuovere attraverso la formazione permanente e continua l'opportunità per le persone anziane di rimanere protagoniste nella società, rafforzando una serie di conoscenze e competenze sia tecniche, sia trasversali, utili sia per evitare il sorgere di situazioni di esclusione e disagio, sia per favorire la trasmissione di conoscenze alle giovani generazioni e – più in generale – alla società.

Da questo punto di vista, la legge dedica particolare importanza a iniziative che *valorizzino il ruolo degli anziani* quali docenti e testimoni di competenze professionali da *trasmettere* alle giovani generazioni e a coloro che stanno per entrare (o sono appena entrati) nel mercato del lavoro.

Con riferimento alle politiche formative, la linea strategica di intervento prevede la valorizzazione e il sostegno alla formazione inter- e intra-generazionale e quella mirata all'educazione permanente in diversi settori del sapere, anche per favorire una migliore comprensione della realtà e dell'evoluzione in atto nel contesto socioeconomico. Tra gli obiettivi, vi è inoltre quello di supportare la realizzazione di *paralleli* percorsi formativi dedicati ai soggetti che operano con le persone anziane, al fine di promuovere anche in questi attori-chiave l'acquisizione di approcci e prassi di intervento *innovativi*.

Altresì, questa linea strategica pone al centro l'importanza della socialità nella terza età promuovendo tutte quelle iniziative di carattere in-formativo che possano agire sull'adozione diffusa di corretti stili di vita, orientati a un'attenzione all'alimentazione, all'attività fisica, ma anche operando sul fronte della prevenzione di situazioni di disagio socioeconomico (povertà, dipendenze, depressione, ecc.) e rafforzare le capacità degli anziani di rafforzare il proprio "capitale sociale" e le reti relazionali.

Un ulteriore ambito in cui interviene questa linea strategica, è quello di favorire l'inclusione sociale dell'anziano, contribuendo a creare percorsi informativi e formativi volti a rafforzare le reti relazionali di riferimento e il ruolo che le persone anziane possono assumere sia nell'ambito familiare (per esempio in quanto nonni), sia in quello della società (attraverso programmi di impegno sociale e di sostegno e accompagnamento a persone in disagio e difficoltà).

Infine, la formazione supportata dalla Regione a favore dell'invecchiamento attivo considera anche la possibilità di favorire la riduzione di quel *digital divide* presente tra le persone anziane, che può rappresentare un forte ostacolo nell'accedere ad un crescente numero di informazioni e opportunità di mantenere attive le relazioni *a distanza*.

La **Linea strategica 2°** si struttura in **4 aree di intervento**:

- Area di intervento 2.1–Promozione di percorsi di formazione a sostegno all'invecchiamento attivo;
- Area di intervento 2.2 - Promozione di protocolli con le scuole e con il mondo del lavoro per coinvolgere docenti anziani;
- Area di intervento 2.3 - Promozione di percorsi informativi per favorire l'inclusione e l'impegno sociale e familiare, la sicurezza;
- Area di intervento 2.4 - Promozione di azioni formative per l'accesso ai servizi e alle tecnologie ICT;

Area di intervento 2.1 – Promozione di percorsi di formazione a sostegno all'invecchiamento attivo

Obiettivi:

Favorire la diffusione di percorsi di formazione rivolta alle persone anziane secondo l'approccio del long life learning, con la finalità di valorizzare il protagonismo degli anziani, sia dal punto di vista della relazione, sia delle competenze. In particolare, l'area di intervento prevede azioni che supportino lo scambio di conoscenze e competenze sia tra pari (intra generazionale), sia tra diverse generazioni e in quest'ultimo caso l'obiettivo è quello di favorire lo scambio di competenze culturali, professionali da parte degli anziani e di conoscenze e competenze tecnologico-informatiche da parte dei giovani. Inoltre si pone come finalità quella di dare continuità ai percorsi volti favorire la comprensione della società e della trasformazione in atto e si propone di sostenere percorsi di aggiornamento e formazione rivolta ai soggetti che operano, a vario titolo, con la terza età.

Azioni:

- Percorsi di mutua formazione inter e intra generazionale, tra culture differenti e con attenzione alle differenze di genere.

- percorsi di formazione mirati a offrire strumenti e opportunità di comprensione della realtà sociale contemporanea;
- sostegno alle attività di formazione permanente, anche di carattere internazionale, svolte ad esempio dalle Università delle LiberEtà e della Terza età;
- sostegno a percorsi di formazione, aggiornamento e riqualificazione continua per i soggetti che operano nei confronti delle persone anziane.
- Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari:

Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14 anche in collaborazione con eventuali soggetti attivi nelle politiche giovanili (associazioni giovanili)

Destinatari:

Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti; Adulti; Giovani; Operatori e volontari che operano in settori coerenti con le finalità della normativa

Attori coinvolti

- Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14, in particolare le Direzioni in materie di lavoro, pari opportunità, istruzione e ricerca, politiche giovanili, e in materia di cultura, sport e solidarietà.
- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di Finanziamento

- Regionale [Unità di bilancio: 5.5.1.5060; 6.2.1.5063]
- FSE per quanto riguarda i percorsi di aggiornamento e qualificazione di operatori inseriti in attività rivolte alle persone anziane;
- Finanziamenti Ue per progettazioni di carattere internazionale.

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Area di intervento 2.2 – Promozione di protocolli con le scuole e con il mondo del lavoro per coinvolgere docenti anziani**Obiettivi:**

Promuovere la stesura e l'attuazione di protocolli operativi con le Istituzioni scolastiche e in collaborazione con le parti sociali, gli ordini professionali, le imprese, associazioni di volontariato, ecc. per la realizzazione di progetti che prevedono il coinvolgimento di persone anziane nella trasmissione di competenze professionali durante le fasi di orientamento, prima formazione.

Azioni:

- Promozione e supporto alla stipula e attuazione di accordi tra università, scuole di ogni ordine e grado, imprese, parti sociali, ordini professionali (compresi i maestri e i cavalieri del lavoro) per favorire la trasmissione di esperienze e competenze (per esempio, il progetto valorizzazione e recupero degli antichi mestieri).
- Iniziative di sensibilizzazione e supporto all'impiego di docenti over 60enni in percorsi rivolti alla terza età (formazione intragenerazionale)
- Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14 in particolare scuole del Friuli Venezia Giulia

Destinatari:

Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti Giovani

Attori coinvolti

- Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 in particolare le Direzioni in materie di lavoro, pari opportunità, istruzione e ricerca, politiche giovanili, e in materia di cultura, sport e solidarietà.
- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.5.1.5060; 6.2.1.5063]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Area di intervento 2.3 - Promozione di percorsi informativi per favorire l'inclusione e l'impegno sociale e familiare, la sicurezza

Obiettivi: *Questa area d'intervento intende favorire l'inclusione sociale delle persone anziane, promuovendo e sostenendo, percorsi informativi, di sensibilizzazione e formazione mirati a promuovere il benessere e la sfera della socialità delle persone anziane*

Azioni:

- promuovere percorsi informativi e di sensibilizzazione sulla sicurezza (domestica, stradale, informatica);
- sostenere percorsi di formazione delle persone anziane che si occupano di accudire ed educare i nipoti, facilitando la conciliazione tra la vita lavorativa e familiare dei loro genitori;
- percorsi di informazione e formazione volti a diffondere e rafforzare le capacità e le competenze delle persone anziane in programmi di impegno sociale, cittadinanza attiva, volontariato.
- Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti Adulti

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 in particolare le Direzioni in materie di lavoro, pari opportunità, istruzione e ricerca, politiche giovanili; in materia di cultura, sport e solidarietà; in materia di tutela della salute e delle politiche sociali.

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.5.1.5060; 6.2.1.5063; 7.1.1.1131; 7.3.1.2025]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Area di intervento 2.4 - Promozione di azioni formative per l'accesso ai servizi e alle tecnologie ICT

Obiettivi:

La possibilità di acquisire e mantenere aggiornate le capacità di accedere ai servizi e alle tecnologie ICT al fine di superare il digital divide e potenziare la capacità di comunicare via web.

Azioni:

- Percorsi di formazione e aggiornamento sulle potenzialità e l'utilizzo sicuro e consapevole delle nuove tecnologie dell'informazione (spec. con riferimento a tablet, smartphone, App, ricerche su web e social media, operazioni di home banking e pagamenti on line);
- Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14;

Destinatari:

Anziani attivi, anziani fragili

Attori coinvolti

• Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare le Direzioni in materie di lavoro, pari opportunità, istruzione e ricerca, politiche giovanili; in materia di cultura, sport e solidarietà.

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici.

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.5.1.5060; 6.2.1.5063]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Linea strategica 3 – Sostegno all’impegno civile e alla partecipazione alla vita di comunità

Attraverso la Linea strategica 3 – Impegno civile, si intende attuare l’obiettivo, previsto nell’articolo 7 della legge regionale, di favorire l’invecchiamento attivo promuovendo la partecipazione degli anziani alla vita di comunità, attraverso l’impegno civile prestato nel contesto del volontariato, dell’associazionismo o in progetti sociali finalizzati al benessere della comunità di riferimento (attraverso i Piani di zona). A tal fine, la Regione supporta le iniziative volte, promosse dagli enti locali, volte ad incrementare il numero di volontari anziani e sostiene i progetti sperimentali, le convenzioni tra soggetti pubblici e privati e i sodalizi familiari che sviluppano le opportunità partecipative degli anziani.

Tale linea strategica si propone altresì di riconoscere e valorizzare le numerose esperienze e buone pratiche realizzate nei territori, in cui il ruolo dell’associazionismo e dal terzo settore risulta centrale e consente da un lato di rispondere a una domanda del territorio, ma favorisce anche momenti di socialità e di valorizzazione dell’attività delle persone anziane che si mettono a disposizione della comunità.

Tra i numerosi ambiti in cui viene prestato tale impegno viene si ricordano per esempio le attività di vigilanza in prossimità degli edifici scolastici (per esempio i “nonni vigile”), dei monumenti, dei siti d’interesse culturale e di altri luoghi di svago e aggregazione; i piccoli interventi di manutenzione e custodia del verde e dell’ambiente, la gestione gratuita di terreni comunali (per esempio le iniziative degli orti sociali) al fine di assicurarne una maggior tutela e fruibilità da parte dei cittadini l’assistenza alla mobilità e trasporto o il supporto alle persone (tra cui molti anziani) nello svolgere attività e incombenze quotidiane (per esempio: spesa a domicilio, pagamento di utenze, ecc.).

Gli interventi previsti nella linea strategica, inoltre, si propongono di favorire il coinvolgimento degli anziani in progetti sociali innovativi o in protocolli di rete riguardanti la definizione e gestione dei servizi socio-assistenziali, oppure, più in generale, il lavoro di cura e aiuto quotidiano (supportando in tal caso anche lo sviluppo dell’associazionismo familiare). L’obiettivo della linea strategica, in questo caso, è anche quello di valorizzare esperienze ormai consolidate, tra cui figurano per esempio le convenzioni tra gli enti locali, i servizi socio-assistenziali, i sindacati e i sodalizi non profit (tra cui, a titolo esemplificativo, si ricordano le attività dell’Auser), per attività di accompagnamento di soggetti con scarsa mobilità in risposta a necessità di cure, ma anche per eseguire adempimenti burocratici presso la pubblica amministrazione.

Un’ulteriore forma innovativa di partecipazione degli anziani alla comunità è quella di valorizzare, da parte degli enti locali, le competenze che le persone anziane mettono a disposizione della comunità rendendo possibile l’erogazione di un sistema di incentivi, benefici e crediti sociali, quali, a titolo esemplificativo, i buoni utilizzabili per accedere alle opportunità culturali, di formazione e del tempo libero.

La realizzazione della **Linea strategica 3** si articola in **un’area di intervento**:

- Area di intervento 3.1 – Promozione della partecipazione alla vita di comunità

Area di intervento 3.1 - Promozione della partecipazione alla vita di comunità

Obiettivi: *Sostenere interventi finalizzati a promuovere la partecipazione delle persone anziane alla vita di comunità, attraverso un loro coinvolgimento in progettualità sociali e attraverso la valorizzazione delle professionalità*

Azioni: Sostegno a interventi volti a progetti sociali a favore della comunità, inseriti nel contesto della pianificazione locale (Piani di zona);

Sostegno a progetti sperimentali che prevedano sinergie e reti tra enti pubblici e soggetti privati, finalizzati a sviluppare l’impegno civile degli anziani

Sostegno agli enti locali che attivano incontri volti ad ampliare la partecipazione degli anziani valorizzandone le professionalità e le competenze

Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14.

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare le Direzioni in materia di tutela della salute e politiche sociali; in materia di lavoro e formazione; in materia di cultura, sport e solidarietà.

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.5.1.5060; 6.2.1.5063]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Linea strategica 4 – Cultura e turismo sociale

Attraverso le azioni della Linea strategica 4 il Programma triennale intende attuare le finalità espresse nell'art. 8 dalla legge regionale n.22/2014 la Regione, ovvero promuovere le iniziative di innovazione socio culturale che possano favorire i processi di inclusione e contribuire a diffondere l'*ageawarness*, ovvero un'immagine positiva delle persone anziane nella società. L'obiettivo dunque è quello di evidenziare come gli anziani possano rappresentare una risorsa per la comunità, contribuendo a superare quegli stereotipi e pregiudizi che tendono a definire le persone anziane come "costi per la società" in quanto non più economicamente produttive e maggiormente bisognose di assistenza e cure rispetto alle fasce più giovani di popolazione.

La linea strategica strategia cerca dunque di favorire il potenziamento dell'accesso e della fruizione dell'offerta complessivamente presente nel nostro territorio (Cfr. Piano regionale del turismo 2014-2018 di cui alla DGR 993/2014), tenendo presente che:

- nell'ambito della popolazione anziana vi sono diversi gradi di partecipazione e fruizione della proposta culturale presente nei territori, sia per motivi "geografici" (per es. se risiedono in un contesto urbano o rurale), sia per le condizioni di solitudine e svantaggio economico e/o sociale;
- un numero sempre maggiore di persone anziane ha oggi un elevato grado di istruzione e di conoscenze; molti anziani sono partecipi della vita delle comunità, inoltre, grazie alle organizzazioni in cui molti si riuniscono, contribuiscono a rendere o mantenere vitali contesti che rischierebbero diversamente di degenerare nell'appiattimento culturale e sociale;
- politiche culturali che tengano presente il fenomeno di invecchiamento della popolazione hanno per obiettivo il potenziamento delle possibilità di accesso a musei e biblioteche, di fruizione delle proposte dei teatri; tuttavia rimane imprescindibile una strategia che si fondi sul coinvolgimento delle persone anziane, sul loro ruolo attivo nell'elaborazione di proposte. Ciò costituisce anche il presupposto per rifondare il dialogo e l'incontro tra generazioni diverse. La cultura è per eccellenza ambito di incontro ed aggregazione tra le persone; si vuole pertanto favorire ogni azione che vada nella direzione di sempre maggiore coinvolgimento ed opportunità.

Pertanto, le azioni di intervento valorizzano e promuovono iniziative e progettualità anche innovative volte a sostenere l'accesso degli anziani a strutture ed eventi culturali, sia come fruitori (per esempio con agevolazioni economiche, con orari che agevolino l'accesso o la partecipazione o prevedendo spazi/iniziativa dedicate) sia come protagonisti, coinvolgendoli nella promozione della storia e tradizione locale attraverso il terzo settore o altre forme di impegno civile. In tal senso, la linea strategica intende valorizzare quelle iniziative e proposte di carattere *innovativo* emerse sia dalla raccolta on line delle buone prassi, sia dal confronto con gli stakeholder, tra cui si richiamano, a titolo esemplificativo: il rilancio delle biblioteche, anche attraverso momenti di lettura in cui l'anziano può essere sia fruitore, sia protagonista (presentazioni con autori), promozione di interventi di book crossing o di recapito a domicilio di volumi in collaborazione con associazioni di volontariato. Altri interventi possono riguardare un piano museale, ma anche teatrale, che sia protagonista nell'elaborazione di iniziative che propongano percorsi a misura di anziano no solo attraverso convenzioni di carattere economico, ma anche favorendo una programmazione degli accessi che tenga conta delle specificità del target over 64enne(in particolare se con ridotte

possibilità di spostamento) e rafforzando le sinergie e lo scambio di informazioni con le associazioni e aggregazioni in cui la componente anziana ha un peso significativo. Un'interazione interessante è infine quella che prevede percorsi di avvicinamento alla musica, al teatro o ad altre forme espressive attraverso sinergie – per esempio – tra università della terza età, musei o teatri non solo per le visite, ma anche per la realizzazione di corsi di recitazione, musica, pittura.

Attività che rispondono sia a migliorare la qualità della vita, sia a fornire, occasioni di socializzazione, ma permette anche di valorizzare le competenze e conoscenze delle persone anziane supportandone l'impegno civile nella promozione della storia, cultura e delle tradizioni locali ma anche con l'obiettivo di sostenere il patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale. Riprendendo anche in questo caso buone prassi ed iniziative realizzate nei territori, si richiamano progettualità che hanno valorizzato il ruolo degli anziani come guide, custodi, attività di accoglienza e assistenza al pubblico.

Infine, con riferimento al turismo sociale, la strategia intende attuare l'obiettivo di superare l'approccio "tradizionale" caratterizzato da soggiorni climatici connessi a servizi sociosanitari e assistenziali, per orientarsi a forme innovative che considerino il cambiamento intervenuto negli interessi, possibilità e caratteristiche dei "nuovi anziani" e possa soddisfare le esigenze di arricchimento culturale, conoscitivo oltre che di socializzazione e miglioramento della qualità della vita.

La **linea strategica 4** ipotizza **tre aree di intervento**:

- Area di intervento 4.1 – Supporto all'accesso e alla partecipazione a siti ed eventi culturali
- Area di intervento 4.2 – Supporto all'impegno civile degli anziani nella promozione storicoculturale
- Area di intervento 4.3 – Sostegno al turismo sociale

Area di intervento 4.1 – Supporto all'accesso e alla partecipazione a siti ed eventi culturali

Obiettivi: *Favorire la fruizione da parte degli anziani a musei, mostre, teatri, cinema anche attraverso forme innovative di partecipazione attiva*

Azioni: Supporto a iniziative che intendono promuovere l'accesso e la fruizione delle persone anziane a eventi musicali e culturali, a strutture museali locali (sconti, programmazioni orarie dedicate, argomenti mirati, adattamento di spazi per facilitare la partecipazione di un pubblico anziano, servizi di trasporto dedicati, modalità e tecnologie di acquisto dei biglietti che facilitino il target anziano);

Sostegno a iniziative di associazioni, in collaborazione con teatri, musei e volte ad avvicinare persone anziane alla conoscenza e pratica teatrale, musicale, artistica;

Sostenere e incentivare la creatività degli anziani e la produzione iniziative culturali (in particolare teatrali) con la partecipazione diretta anche di anziani, anche mediante collaborazioni con le scuole o comunque orientate a favorire relazioni e solidarietà tra generazioni.

Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14;

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti

Operatori e volontari che operano in settori coerenti con le finalità della normativa.

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14, in particolare la Direzione in materia di cultura, sport e solidarietà;

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.1.1.1087; 5.1.1.1088; 5.2.1.5049; 5.3.1.5054]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Area di intervento 4.2 - Supporto all'impegno civile degli anziani nella promozione storico-culturale

Obiettivi: *L'area di intervento si propone di sostenere iniziative volte a favorire l'impegno civile degli anziani nella promozione storico-culturale e nella salvaguardia paesaggistica e ambientale.*

Azioni: • Sostegno ad iniziative che prevedono il coinvolgimento di persone anziane valorizzandone le competenze, conoscenze ed esperienze e siano mirate alla promozione e valorizzazione del patrimonio storico-culturale, paesaggistico e ambientale del territorio locale (come assistenza all'accoglienza, custodia, come guide)

• Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti Operatori e volontari che operano in settori coerenti con le finalità della normativa

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 in particolare la Direzione in materia di cultura, sport e solidarietà;

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di

Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.1.1.1087; 5.1.1.1088; 5.2.1.5049; 5.3.1.5054]

Periodo di

Realizzazione

2016-2018

Area di intervento 4.3 – Sostegno al turismo sociale

Obiettivi: *L'area di intervento mira a sostenere la partecipazione degli anziani a iniziative di turismo sociale innovativo*

Azioni: • Supporto a iniziative di offerta turistica dedicata agli anziani: viaggi a carattere culturale, paesaggistico, storico;

• Incentivazione allo sviluppo di “turismo solidale” all'interno di scambi e relazioni finalizzate non soltanto alla fruizione turistica, valorizzando specifiche iniziative che vedano cittadini anziani attivi protagonisti delle relazioni (gemellaggi tra associazioni, centri sociali, promozione di pacchetti ed iniziative per anziani residenti all'estero);

• Promozione di un programma per la tutela del cliente, in particolare anziano, a partire dalla chiarezza delle informazioni, delle regole contrattuali, delle garanzie e dei requisiti di sicurezza;

• Sostegno a un diverso approccio da parte degli operatori del settore e degli Enti locali a vocazione turistica alle problematiche del turismo nella terza età, con percorsi di formazione e aggiornamento per gli operatori.

• Partecipazione a programmi e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14;

Destinatari: • Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti • Operatori e volontari che operano in settori coerenti con le finalità della normativa

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 in particolare le Direzioni in materia di cooperazione e turismo; in materia di cultura, sport e solidarietà.

• I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 1.3.1.5037; 1.5.1.1033]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Linea strategica 5 – Trasporti sociali

Gli interventi previsti nell'ambito della Linea strategica 5 – Trasporti sociali sono individuati per dare attuazione a quanto previsto dall'art. 9 della legge regionale sull'invecchiamento attivo e in

particolare all'obiettivo di favorire il libero movimento sul territorio delle persone in difficoltà o con scarsa autonomia individuale, consentendo alle stesse di fruire dei servizi di spostamento collettivo appositamente adattati o alternativi, garantendone l'accesso e utilizzo alle medesime condizioni degli altri cittadini. La linea strategica richiama inoltre l'obiettivo della Regione di promuovere il trasporto sociale e assistito nel contesto degli interventi di pianificazione e qualificazione del sistema regionale della mobilità.

Le azioni previste nella linea strategica valorizzano le iniziative e progettualità (buone prassi) rilevate attraverso il monitoraggio on line, proponendosi altresì di ampliare la gamma delle opportunità di movimento degli anziani favorendo e supportando quelle modalità di trasporto sociale che vengono realizzate in associazione a quello pubblico locale e consentono di spostarsi anche qualora non siano in grado di utilizzare i mezzi pubblici di spostamento (bus, corriere, tram, ecc.) o non possano fare affidamento sulle reti di solidarietà primaria (famiglia, amici, vicinato, ecc.).

Questi trasporti sociali rispondono prioritariamente alla domanda di trasporto connessa a necessità sanitarie (per esempio per recarsi presso strutture e ricevere prestazioni sanitarie, assistenziali e riabilitative), ma anche burocratico-amministrative (per raggiungere il Comune, le poste, le banche) e – con minore frequenza – anche i centri educativi e socio-ricreativi e le sedi associative insediate nel territorio. Esso, in base alle destinazioni ed esigenze personali, può essere effettuato in forma individuale o collettiva e presuppone un progetto elaborato in accordo con l'utenza, nonché la compartecipazione della medesima ai costi di erogazione. Le linee di azione incentivano tuttavia anche la possibilità di promuovere il trasporto sociale per rispondere a domande di socializzazione delle persone anziane con ridotte possibilità di spostamento, e dunque includendo nei percorsi anche la fruizione di istituzioni culturali (mostre, musei, cinema e teatro) o di altre opportunità offerte dal territorio periodicamente (es. il mercato settimanale) o, ancora, per recarsi presso esercizi commerciali dell'area (es. per potere fare la spesa settimanale). Iniziative queste ultime che supportano l'obiettivo richiamato dalla normativa di prevedere l'interazione tra politiche di sviluppo economico e sociale, assetto del territorio e organizzazione dei trasporti.

L'obiettivo di integrare tali azioni nelle politiche di welfare prevede sia la possibilità di abbattimento dei costi per i fruitori, sia la possibilità di detrarre in tutto o in parte i costi per l'adattamento degli automezzi di trasporto, sia l'ipotesi di un coordinamento tra i vari mezzi e tra le soluzioni offerte a livello territoriale.

Infine, tra le azioni previste vi è quella di promuovere iniziative volte a innovare e qualificare il trasporto pubblico per un'utenza ampliata, favorendo protocolli con i gestori del TPL che prevedano interventi strutturali delle auto/stazioni in modo da renderle pienamente e facilmente fruibili ad anziani e a persone con scarsa mobilità (rampe di accesso e scivoli per raggiungere le banchine; con interventi sui mezzi, in modo tale da favorire l'accesso di persone con scarsa mobilità – per esempio prevedendo rampe e incarozzamenti a raso per bus e treni) oltre che prevedendo postazioni con sedute e appoggi ad hoc (con vincoli per sedie a rotelle).

In particolare, la **Linea strategica 5** prevede un'area di intervento, articolata in più azioni:

- Area di intervento 5.1 – Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta

Area di intervento 5.1 – Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta

Obiettivi: *L'area di intervento mira a favorire il libero di movimento sul territorio alle persone in difficoltà, offrendo servizi di spostamento collettivo attrezzati e adattati. L'ente regionale, inoltre, promuove il trasporto sociale e assistito nell'ambito delle politiche di welfare.*

Azioni: • Sostegno a supporto dell'offerta di servizi adattati, alternativi o assistiti di trasporto individuale e collettivo;

- Sostegno a progetti che prevedano forme innovative di utilizzo dei mezzi di trasporto (es. sistemi di *car sharing*) non solo per necessità assistenziali o amministrative, ma anche per fini di socializzazione o per recarsi periodicamente presso esercizi commerciali;
- Sostegno all'adattamento di mezzi per il trasporto di persone a mobilità ridotta;
- Incentivi/sgravi per l'adeguamento delle strutture e dei mezzi pubblici per il TPL.

- Partecipazione a progetti e reti internazionali.

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14;

Destinatari: Adulti e Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti con difficoltà di spostamento sul territorio

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare le Direzioni in materia di infrastrutture, mobilità e servizi per il trasporto locale; in materia di tutela della salute e delle politiche sociali.

- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio:8.4.1.1142;8.7.1.1150]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Linea strategica 6 – Salute e benessere

Come previsto dall'art. 10 della LR 22/2014, uno dei pilastri delle politiche dell'invecchiamento attivo regionale si basa sulla prevenzione dei processi invalidanti fisici e psicologici, cui la Regione Friuli Venezia Giulia dedica le risorse del Servizio sociosanitario regionale, in coerenza con quanto previsto dal Piano regionale della prevenzione che intende promuovere stili di vita sani e promuovere il benessere fisico e mentale, ridurre il carico di malattia, rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. In proposito inoltre, recentemente è stato sottoscritto l'accordo integrativo triennale regionale con i medici di famiglia che prevede, in particolare, di garantire, oltre al supporto alle attività legate alla prevenzione e riabilitazione (implementazione delle campagne vaccinali rivolte agli anziani), la cosiddetta "medicina d'iniziativa", cioè un intervento proattivo del medico di famiglia nei confronti dei pazienti – soprattutto anziani in condizioni di fragilità – affetti o minacciati da particolari patologie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, oncologiche) .

Tale prospettiva adotta come linea strategica fondamentale delle politiche sociali più innovative, il rafforzamento delle attività di prevenzione in affiancamento agli obiettivi tradizionali della cura e dell'istituzionalizzazione della malattia.

Attraverso la programmazione triennale, la Regione, in un'ottica non assistenzialista e di prevenzione dei processi invalidanti (fisici e psicologici), adotta interventi e azioni per limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture residenziali delle persone anziane, promuovendone la dignità, l'autonomia, la libera scelta e l'autodeterminazione. Con l'obiettivo di ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione, la finalità di questo approccio è quello di attribuire priorità al sostegno domiciliare della persona anziana e alla sua permanenza nel contesto familiare, oltreché alla prevenzione della non autosufficienza attraverso la promozione di stili di vita sani che contemplino l'attività sportiva e fisico-motoria, una corretta alimentazione e l'astensione da abitudini personali (es. fumo o eccessivo consumo di alcool) che favoriscono l'insorgere di patologie croniche e degenerative, ma anche promuovendo momenti di socializzazione ed evitando l'isolamento della persona anziana.

L'attuazione di tale strategia persegue pertanto la possibilità di rafforzare sia le capacità del sistema di rilevare la multidimensionalità dei fabbisogni potenziali ed espliciti delle persone anziane sviluppare le progettualità e gli interventi dei servizi territoriali, attraverso la programmazione di campagne d'informazione sulla salute e la valorizzazione dei soggetti in età avanzata all'interno della rete familiare e sociale di appartenenza, attivando sinergie con gli enti locali e le organizzazioni non profit, valorizzando le buone prassi esistenti, anche alla luce delle indicazioni provenienti dalle strategie europee.

È altresì interessante l'esperienza fornita dal bando di finanziamento per le associazioni familiari, che mira a rispondere ai bisogni delle famiglie – educativi, di cura e di rafforzamento della rete di scambio sociale – sostenendo attività che prevedono la partecipazione attiva dei familiari stessi. La seconda edizione del bando, pubblicato nell'agosto 2014, valorizzava, tra i criteri di valutazione,

anche l'attivazione di percorsi intergenerazionali che coinvolgessero gli anziani della comunità in attività e occasioni di relazione. Due terzi dei progetti finanziati hanno previsto attività quali:

- momenti di scambio e trasmissioni di esperienze e saperi di un tempo tra nonni e nipoti;
- occasioni di informazione e formazione per i nonni sulle nuove tecnologie o sulle problematiche delle nuove generazioni;
- laboratori di cucina, teatro, ricamo, costruzione di giochi o attrezzi da lavoro;
- momenti di socialità quali gite o eventi comunitari.

La Linea strategica 6 dà attuazione a tali finalità, prevedendo un'articolazione di aree di intervento specifiche, dedicate a ciascuna delle dimensioni cui afferisce la sfera della salute e del benessere.

Una prima area è dedicata allo sviluppo di interventi in favore della domiciliarità, intesa come sostegno alla persona anziana nel suo contesto familiare e territoriale, contrastando fenomeni di isolamento ed emarginazione sociale, di perdita dell'autonomia personale e di allontanamento precoce dal contesto abituale di vita anche attraverso lo sviluppo di servizi di domotica e teleassistenza. Tra i numerosi esempi di buone prassi che possono essere valorizzate attraverso la programmazione triennale vi sono, gli interventi riguardanti le figure dei/lle care giver domiciliari: interventi di formazione e accreditamento delle figure di assistenti familiari, possono garantire la permanenza a domicilio della persona anziana, garantendo anche standard minimi di qualità dell'assistenza e promuovendo reti con i servizi di base socioassistenziali. Già ampiamente sperimentati in altre regioni (Veneto, Lombardia), sono modelli che oltre a contrastare il lavoro sommerso, rappresentano una garanzia per familiari e anziani. In questo filone di interventi possono rientrare inoltre modalità di assistenza "condivisa" (per es. la "badante di condominio") sino alle sperimentazioni e interventi volti a diffondere la co-residenzialità degli anziani (per es. attraverso forme di co-housing sociale e living together), o in forma inter-generazionale (condivisione abitativa tra persone ultrasessantacinquenni e giovani studenti o lavoratori che, in cambio di un alloggio, offrono compagnia e contribuiscono a soddisfare i bisogni di sicurezza materiale, impegnandosi a rimanere in casa durante la notte) contrastando in tal modo il fenomeno della solitudine.

Si prevede inoltre la valorizzazione e il supporto alle progettualità e sperimentazioni incentrati sullo sviluppo di innovazione legate alla domotica, alle forme di teleassistenza e telemonitoraggio dello stato di salute, ma anche per la sicurezza domestica.

La seconda area supporta azioni di diffusione di corretti stili di vita, l'educazione motoria e fisica (comprese forme innovative, da svolgere anche all'aperto a contatto con il territorio, tra cui – per esempio - il nordicwalking, la riduzione degli ostacoli alla partecipazione degli anziani ad iniziative sportive dovute a scarsa informazione o a problemi di trasporto per raggiungere le sedi delle attività e la sperimentazione di figure qualificate e appositamente formate per favorire l'attività sportiva degli anziani.

Promozione di campagne di informazione e sensibilizzazione sui benefici dell'attività fisica per la terza età e supporto alla stesura e attivazione di protocolli operativi tra le associazioni che operano negli ambiti e per le finalità della normativa, per estendere su tutto il territorio regionale le progettualità che si sono dimostrate efficaci.

Il piano triennale si propone così di valorizzare le numerose e consolidate esperienze realizzate a livello locale, ritenendole buone prassi per l'invecchiamento attivo, e incentivando anche la possibilità di incrementare la percentuale di anziani che svolgono con continuità un'attività sportiva, in modo congruo alle proprie condizioni psicofisiche.

Infine, una terza area di intervento prevede di sostenere progetti innovativi che favoriscano lo scambio intergenerazionale e culturale, la diffusione di interventi di prossimità, di spazi e luoghi d'incontro, di socializzazione e partecipazione: anche in questo caso il programma triennale si propone di valorizzare le numerose iniziative che già si realizzano a livello locale (per esempio i "salotti d'argento" dedicati alla socializzazione e condivisione del tempo libero tra persone

anziane), proponendo anche lo sviluppo di iniziative innovative, in cui sia possibile la “contaminazione intergenerazionale” sia con i giovani, sia con gli adulti.

Le **3 aree di intervento** in cui si articola la **Linea strategica 6** sono le seguenti:

- Area di intervento 6.1–Supporto alla domiciliarità e all’abitare sociale;
- Area di intervento 6.2–Supporto alla diffusione di corretti stili di vita;
- Area di intervento 6.3–Supporto a progetti di socializzazione.

Area di intervento 6.1 – Supporto alla domiciliarità e all’abitare sociale

Obiettivi: *L’area di intervento si pone come obiettivo di evitare l’ospedalizzazione e l’inserimento in struttura delle persone anziane, favorire ambienti di vita a misura di persone anziane anche sperimentando forme di abitare innovative e condivise.*

Azioni: • Supporto alla definizione di piani urbanistici orientati alla “sostenibilità sociale” e in particolare che considerino anche le esigenze della popolazione anziana (per es. diffusione di servizi, agglomerati commerciali, spazi verdi e comfort zone, accessibilità)

- Sviluppo di forme innovative di condivisione dell’abitare (co-housing) inter e intragenerazionale;
- Sviluppo e incentivo di forme abitative innovative che prevedano la condivisione di spazi e servizi (es. badante di condominio, portierato sociale), secondo approcci del living together;
- Sostegno economico agli affitti;
- Supporto a percorsi di formazione e accreditamento di assistenti familiari;
- Partecipazione a progetti e reti internazionali.

Beneficiari: Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all’art. 3 comma 5 della LR 22/14 le Direzioni in materia di infrastrutture, pianificazione territoriale, edilizi; in materia di tutela della salute e delle politiche sociali; in materia di lavoro e formazione.

• I Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 6.2.15063; 7.1.1.1131;7.3.1.2025;

8.1.1.1138;8.4.1.1142;8.4.1.1144; 8.4.1.1142]

FSE - FESR 2014-2020

Periodo di Realizzazione

2016-18

Area di intervento 6.2 - Supporto alla diffusione di corretti stili di vita

Obiettivi: *Obiettivo è quello di promuovere la diffusione dell’adozione di corretti stili di vita tra le persone adulte e anziane, al fine di prevenire e contrastare l’insorgere di patologie.*

Azioni: • Supporto a iniziative, progetti e sperimentazioni volti a diffondere e promuovere – anche in ottica preventiva – l’adozione di corretti stili di vita nelle persone anziane;

• Supporto a iniziative di prevenzione sia di patologie, sia di rischi infortunistici in ambito domestico;

• Sostegno ad iniziative che prevedano attività motorie e fisiche rivolte ad un’utenza anziana;

• Sostegno all’attivazione di protocolli operativi tra associazioni, per diffondere le iniziative di sensibilizzazione e informazione;

• Partecipazione a progetti e reti internazionali;

Beneficiari: Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14; Famiglie care giver

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti i con difficoltà di spostamento sul territorio

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all’art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare la Direzione in materia di tutela della salute e delle politiche sociali;

- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 7.1.1.1131; 7.2.1.1132; 7.3.1.2025]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Area di intervento 6.3 – Supporto a progetti di socializzazione

Obiettivi: *L'area di intervento si propone di sostenere le attività, progetti e iniziative di socializzazione realizzate a livello locale, quale forma di contrasto alla solitudine delle persone anziane.*

Azioni: • Supporto a progetti, iniziative, percorsi di aggregazione, socializzazione e incontro e animazione dedicate alla persone anziane, prevedendo anche la possibilità di incontro e scambio con i giovani;

- Partecipazione a reti e progetti europei

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti con difficoltà di spostamento sul Territorio

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14 e in particolare le Direzioni in materia di tutela della salute e delle politiche sociali; in materia di cultura, sport e solidarietà.

- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 5.5.1.5060; 8.1.1.1138; 8.4.1.1142;8.7.1.1150]

Periodo di Realizzazione

2016-2018

Linea strategica 7 – Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e alle nuove tecnologie

Come richiamato all'art. 11 della normativa, la Regione Friuli Venezia Giulia promuove l'invecchiamento attivo anche attraverso interventi volti a favorire la piena partecipazione e l'accessibilità all'ambiente fisico, alle informazioni e alla comunicazione e con particolare attenzione alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie, intese sia come supporto alla diffusione di

informazioni, sia come fruibilità di servizi e ambienti (anche domestici). Rispetto a tali obiettivi, tra gli ambiti di intervento in cui si articola la linea strategica un'attenzione particolare nel piano triennale è assegnata all'abitare, aspetto fondamentale per garantire il prolungamento di una vita attiva e indipendente. La possibilità di garantire interventi di manutenzione e di ristrutturazione "a misura di anziano" e di introdurre soluzioni di home-care per la vita indipendente, anche attraverso l'utilizzo di innovazioni tecnologiche applicate all'abitare (sensori, tele-controlli, ecc.), ma anche attraverso interventi di abbattimento di barriere architettoniche presenti nelle parti comuni dei condomini o incentivi a modifiche strutturali "agefriendly" sia all'interno delle abitazioni, sia nelle parti comuni di condomini e riguardanti sia l'ergonomia, sia la sicurezza. Tra i molteplici esempi si cita tutta la parte di progettazione e realizzazione di interventi di carattere impiantistico – gas, riscaldamento, acqua –, sia strutturale (abbattimento di barriere architettoniche, installazione di ascensori o rampe mobili), sia ergonomico (soluzioni antiscivolo, maniglie o agganci speciali, ecc.), sia di carattere tecnologico (sensori, App, ecc.). Non va infatti dimenticato che la maggioranza degli anziani, in Italia, è proprietaria della propria casa e dunque può decidere di intervenire, ma può avere necessità di contributi sulle spese necessarie all'adeguamento.

Nell'ambito del programma triennale, la possibilità di sviluppare progettualità e interventi ad elevato grado di tecnologia rappresenta uno degli ambiti centrali di intervento, sia in connessione all'abitare, sia per favorire l'accessibilità delle persone anziane al sistema delle informazioni. In tal

senso, si rivela fondamentale favorire – nell’ambito degli interventi della programmazione 2016-18 – l’usabilità di tablet e delle sempre più numerose APP che, direttamente da casa, consentono l’interazione con il negozio virtuale, l’acquisto dei beni desiderati, il pagamento con moneta elettronica, la consegna a domicilio, il disbrigo di pratiche amministrative e burocratiche e di homebanking. La telemedicina e l’uso della strumentazione ICT tra le persone anziane e gli operatori professionali costituiscono, le più avanzate modalità di promozione della salute e dell’autonomia personale, evitando il disagio di effettuare molti controlli a distanza di routine e i conseguenti spostamenti, spese e attese. Tali strumenti sono altresì utili per gestire in remoto le difficoltà domestiche (es. utilizzo degli elettrodomestici) con tecnici collegati in video-call, garantendo il controllo a distanza di situazioni potenzialmente pericolose o di disagio.

L’ampliamento delle aree coperte da banda larga e la possibilità di avere reti wireless in tutto il territorio regionale rappresentano in tal senso delle priorità infrastrutturali per la Regione Friuli Venezia Giulia, così come la capacità di favorire sinergie e interazioni le *policies* della casa, della formazione alle persone in età avanzata circa l’uso delle ICT.

Al fine di promuovere questa linea di innovazione, si prevede il supporto da parte della Regione anche a reti e progetti internazionali, particolarmente importanti per lo sviluppo di progetti di ricerca e di scambio di prassi innovative, dando continuità ad esperienze realizzate negli anni precedenti (per esempio: il progetto HELPS-Home-care and independent living e il progetto Smartcare).

La **Linea strategica 7** si articola nelle seguenti **aree d’intervento**:

- Area d’intervento 7.1 - Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita;
- Area d’intervento 7.2 - Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite ICT.

Area di intervento 7.1 – Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita

Obiettivi: *L’area di intervento si pone come obiettivo quello di favorire l’accesso e l’abitabilità degli spazi abitativi domestici, favorendo interventi di innovazione strutturale, ergonomica e tecnologica*

Azioni: • Contributi per interventi di adeguamento di edifici per favorire la mobilità autonoma delle persone anziane;

• Supporto a progetti di innovazione infrastrutturale e tecnologica per favorire l’autonomia abitativa delle persone anziane;

• Supporto e incentivazione a progetti di innovazione tecnologica nell’ambito della domotica, telemedicina e teleassistenza che consentano la permanenza a casa delle persone anziane anche in presenza di problematiche connesse allo stato di salute e in ottica di prevenzione;

• Partecipazione a reti e progetti europei per lo sviluppo di sistemi innovativi di *homecare* e *independent living*

• Sostegno a progetti di ricerca e sviluppo nell’ambito dell’Ambient Assisted Living

Beneficiari: Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14;

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all’art. 3 comma 5 della LR 22/14, in particolare la Direzione in materia di salute e politiche sociali; in materia di infrastrutture, mobilità, pianificazione territoriale, lavori pubblici, edilizia; in materia di ricerca e università.

• I Soggetti di cui all’art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 8.4.1.1142; 8.4.1.1144; 8.4.1.1142; 8.8.1.1151]

Fondi POR FESR 2014-2020

Periodo di Realizzazione

2016-18

Area di intervento 7.2 – Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite ICT

Obiettivi: *L'area di intervento si pone come obiettivo di favorire l'usabilità dei sistemi informativi da parte delle persone anziane, sia per accedere al sistema delle informazioni e delle comunicazioni, sia per evitare l'isolamento dell'anziano*

Azioni: • Supporto e incentivi a progetti di innovazione tecnologica dedicati all' "ageingfriendly", compresi i progetti volti a incentivare il design e la produzione di tecnologia informatica, e materiali audio e per la stampa studiati tenendo conto dei cambiamenti nelle abilità fisiche e visive delle persone anziane;

- Supporto a interventi e progetti volti a promuovere la diffusione dell'utilizzo delle nuove tecnologie e ai collegamenti web tra le persone anziane;
- Sostegno alla partecipazione a reti e progetti europei mirati a favorire la diffusione dell'utilizzo dei sistemi ICT fra gli anziani.

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14;

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14, in particolare le Direzioni in materia di formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università; in materia di tutela della salute e politiche sociali; in materia di cultura, sport e solidarietà; in materia di infrastrutture, lavori pubblici e telecomunicazioni;

- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; convenzioni e bandi pubblici

Fonte di

Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 10.1.1.1161;8.7.1.1150;7.3.1.2025;6.2.1.6063; FESR, Finanziamenti UE

Periodo di Realizzazione

2016-18

Linea strategica 8 – Completamento dell'attività lavorativa

In linea con quanto previsto dall'art. 12, la Regione Friuli Venezia Giulia favorisce la realizzazione di interventi che agevolino il completamento della vita lavorativa da parte di persone in età matura, promuovendo il trasferimento di competenze ai lavoratori più giovani e la ricerca di modalità gradualmente di uscita dal lavoro, anche tramite forme di impegno sociale e civile.

Quello dei "lavoratori anziani" rappresenta un target in crescita nel mercato del lavoro regionale, anche alla luce delle riforme pensionistiche: l'innalzamento dell'età dei lavoratori sta già implicando la necessità di rivedere profondamente le modalità di gestione del personale sia dal punto di vista della capacità di valorizzarne le competenze, per poterle trasferire all'interno dell'organizzazione, sia dal punto di vista della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

La linea strategica 8 – Completamento dell'attività lavorativa considera questi nuovi scenari e prevede azioni che supportino quegli interventi da attuare nel mercato del lavoro e nella società, promuovendo lo sviluppo di progettualità e azioni che favoriscano il miglioramento della qualità e delle condizioni di lavoro (anche dal punto di vista ergonomico e della qualità delle condizioni di lavoro), ma anche la capacità delle imprese di operare secondo un approccio di *diversity management* e favorendo il passaggio intergenerazionale di competenze tra lavoratori senior, prossimi alla pensione, e junior, neoassunti o in fase di progressione di carriera (per es. percorsi di *mentorship*) e incentivando modalità di lavoro flessibile "agefriendly" (part time, telelavoro, ecc.).

Particolarmente importante è anche la promozione di campagne informative rivolte al sistema delle imprese e degli attori-chiave del mercato del lavoro, iniziative che consentano di non percepire più il lavoratore anziano e prossimo alla pensione come un "peso" o un "costo" per l'organizzazione, superando così stereotipi e discriminazioni (*ageism*) ancora piuttosto diffusi.

Per favorire la conoscenza e l'adozione di approcci e strumenti di *age management* nel mercato del lavoro, particolare importanza è data dalla Regione a proposte di partecipazione a reti e progetti transnazionali.

La linea prevede inoltre azioni che favoriscano il passaggio graduale dal mondo dell'*impegno lavorativo*, a quello dell'*impegno sociale e civile* da parte delle persone anziane, supportando e promuovendo interventi che favoriscano la diffusione di progettualità, iniziative e interventi volti ad aumentare il numero di persone che si avvicinano ad attività di volontariato, anche alternandolo all'attività lavorativa da cui stanno per uscire.

In tal senso, si va a valorizzare quei percorsi che diverse associazioni attive sul territorio regionale stanno sviluppando da anni per riuscire a fare conoscere e apprezzare questa forma di rivalorizzazione delle persone uscite o in uscita dal mondo del lavoro retribuito evitando così quei processi di progressivo disimpegno della persona anziana (*disengagement*) e il conseguente rischio di isolamento e solitudine.

La **Linea Strategica 8** si articola in **due aree di intervento**:

- Area di intervento 8.1– Sostegno al completamento dell'attività lavorativa;
- Area di intervento 8.2–Supporto al passaggio dall'impegno produttivo all'impegno civile e sociale.

Area di intervento 8.1– Sostegno al completamento dell'attività lavorativa

Obiettivi: *La finalità è di favorire la diffusione di una cultura del lavoro orientata agli approcci di diversity management, adottando gli strumenti innovativi di gestione delle risorse umane incentrati sulla qualità del lavoro, l'ergonomia, la valorizzazione e trasferimento delle competenze dei lavoratori senior.*

Azioni: • Sostegno al pensionamento flessibile o progressivo

- Sostegno agli interventi aziendali di promozione e tutela della salute con attenzione al fattore-età (in riferimento, per esempio, all'ergonomia, alla qualità delle condizioni di lavoro, al benessere organizzativo, politiche di diversity and age management);
- Sostegno a progetti che prevedano l'adozione da parte delle imprese di politiche e strategie di trasferimento generazionale delle competenze;
- Partecipazione a reti e progetti europei

Beneficiari: Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14

Destinatari: Anziani attivi, anziani fragili, anziani dipendenti

Attori coinvolti • Le Direzioni centrali della Regione Friuli Venezia Giulia attraverso il Tavolo permanente di cui all'art. 3 comma 5 della LR 22/14, in particolare la Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università;

- I Soggetti di cui all'art. 4 della LR 22/14, in base a: protocolli di intesa; bandi pubblici

Fonte di Finanziamento

Regionale [Unità di bilancio: 1.4.1.1062; 1.5.1.1033;8.5.1.1146]

Finanziamenti ministeriali; INAIL FSE , Finanziamenti diretti UE

Periodo di Realizzazione

2016-18

PARTE III – MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE

In attuazione alle previsioni contenute all'articolo 13 della LR 22/2014, per l'Amministrazione regionale e per la Direzione competente a coordinare la legge è necessario disporre di specifici strumenti di monitoraggio degli interventi previsti nel presente Programma, con una duplice finalità:

- a. ricavare delle informazioni di tipo gestionale e programmatico per i decisori politici;
- b. fornire agli operatori delle indicazioni a livello operativo sugli interventi realizzati.

Oltre all'individuazione di un sistema di monitoraggio e di accompagnamento tecnico, che preveda al suo interno opportuni set di informazioni, si rende necessario attivare anche una valutazione indipendente ex post al programma triennale. Le informazioni prodotte dalle attività di monitoraggio, infatti, per essere correttamente utilizzate devono essere interpretate e devono poter soddisfare alle domande valutative di molteplici attori quali utenti, responsabili dei servizi, decisori politici nonché i soggetti di cui all'art 4 della LR 22/2014.

A tal fine, il sistema di valutazione deve consentire all'Amministrazione regionale di accompagnare con supporto tecnico il processo di adattamento delle politiche sociali in tema di invecchiamento attivo nella prospettiva individuata dalle linee strategiche di cui alla parte II, favorendo soluzioni integrate tra le diverse Direzioni impegnate nel processo di revisione innovativa delle politiche.

Pertanto, il sistema di valutazione dovrebbe permettere di:

1. avere una definizione dei bisogni valutativi in materia di interventi a favore dell'invecchiamento attivo e disporre di un sistema di analisi degli stessi per ogni singola linea strategica ;
2. disporre di un'analisi e definizione dei bisogni valutativi dei policy makers in materia di politiche per l'invecchiamento attivo e dei rispettivi responsabili dei servizi;
3. individuare uno o più possibili modelli di valutazione e costruzione della relativa reportistica, rispondente ai bisogni di cui ai punti 1 e 2. In tale costruzione si dovrà prevedere un'integrazione tra i dati qualitativi raccolti attraverso il sistema di monitoraggio e i dati quantitativi presenti nei sistemi di gestione finanziaria degli interventi;
4. svolgere una attività di sensibilizzazione/formazione rivolta a operatori, responsabili di servizi e policy makers finalizzata a diffondere la conoscenza degli strumenti predisposti al precedente punto 3, ad incrementare la pratica di rilettura delle esperienze e a diffondere, più in generale, la cultura della valutazione.

Si ritiene che le suddette attività di valutazione possano trovare in parte una collaborazione nell'ambito degli interventi promossi dal Piano Unitario di Valutazione delle politiche regionali di coesione 2014-2020, soprattutto con riferimento agli interventi finanziati con i fondi strutturali (ad esempio FSE e FESR).

ASSISTENZA PENITENZIARIA

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.2.16, n. 220 - Finanziamento parziale delle operazioni per l'inclusione socio-lavorativa delle persone in esecuzione penale, approvate con propria delibera n. 973 del 20/7/2015

:Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Si procede al finanziamento di n. 25 delle 28 operazioni approvate con la propria citata deliberazione n. 973/2015 di cui agli allegati 3) e 4), per un costo complessivo di Euro 1.285.238,88 relative alle Azioni 1 e 2 e per un finanziamento pubblico di pari importo, di cui alle risorse del Fondo Sociale Europeo 2014/2020, Obiettivo tematico 9 priorità di investimento - 9.1, come riportato nell'Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

LAZIO

Determinazione 19 febbraio 2016, n. G01306 - : Fondo Sanitario Nazionale 2015 - Accertamento di € 527.445,00 del Bilancio Regionale 2016 – integrazione della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Art.3 ter della L.9 del 17/2/2012, per l'anno 2015. Intesa sancita dalla Conferenza Unificata l'11 febbraio 2016, n.16. (BUR n. 17 del 1.3.16)

Note

Viene accertata sul capitolo di entrata 227191 cat.1.01.01 pdc 2.01.01.01.001 del Bilancio regionale 2016, la somma di € 527.445,00 come quota pari alla differenza rispetto a quantomassegnato alla Regione Lazio, con l'intesa in C.U. dell'11/2/2016 e quanto già precedentemente accertato per le risorse destinate al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Art.3 ter della L.9 del 17/2/2012 – per l'anno 2015 a carico del Ministero della Salute, tale che alla fine per la parte corrente degli oneri di cui sopra per l'anno 2015, risulta complessivamente accertata la somma di €6.020.521,00

DGR N. 130 del 16.2.16 Approvazione schema di convenzione tra la Regione del Veneto e Regione Campania per l'utilizzo del sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG denominato "SMOP" . (BUR n. 20 del 1.3.16)

Note

PREMESSA

L'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), stabilisce che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, saranno definite, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

IL RUOLO DELLE REGIONI

L'articolo 5, comma 1 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 prevede che sono trasferite alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime e che le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C allo stesso decreto.

IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

La legge 17 febbraio 2012 n. 9 di conversione del Decreto Legge 22 dicembre 2011 n. 211, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 2012, recante: "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri" e in particolare l'articolo 3-ter dal titolo "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" stabilisce che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia debbano essere eseguite esclusivamente all'interno di strutture sanitarie prevedendo uno specifico finanziamento per la loro realizzazione e riconversione. Con il decreto assunto dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro della Giustizia, il 1° ottobre 2012, sono stati individuati i requisiti minimi per il funzionamento delle strutture residenziali per le misure di sicurezza OPG e CCC (REMS). Inoltre, il decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n.81, in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.125 del 31 maggio 2014, ha disposto significativi cambiamenti in tema di misure di sicurezza OPG e CCC esplicitamente finalizzati a evitare l'invio in Ospedale psichiatrico giudiziario, anche in relazione alla nuova offerta di servizi sanitari in ambito penitenziario, derivante dalla riforma recata dal D.P.C.M. 1° aprile 2008.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale, previsto dal citato articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, a cui sono demandati la predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui al richiamato Allegato C al medesimo D.P.C.M., nonché degli strumenti per supportare il programma graduale di superamento degli O.P.G. e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della Giustizia ed il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale.

IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO

Il Comitato paritetico interistituzionale ha licenziato nella riunione del 17 novembre 2009 un documento di indirizzo che è stato approvato nella riunione della Conferenza Unificata nella seduta del 26 novembre 2009 come "Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008" (Rep. Atti n. 84/CU, pubblicato nella G.U. n. 2, serie generale, del 4 gennaio 2010).

Il suddetto Accordo, ha impegnato, tra l'altro, le Regioni sede di Strutture residenziali extraospedaliere per le misure di sicurezza OPG e CCC (REMS) ad assicurare le procedure inerenti i procedimenti di ammissione alla REMS, la registrazione ai fini amministrativi-sanitari, la conservazione degli atti relativi alla posizione giuridica e rapporti con l'Autorità Giudiziaria, i rapporti e le comunicazioni alla Magistratura di sorveglianza o di cognizione e le comunicazioni

delle Autorità Giudiziarie nei confronti dei ricoverati (a titolo di esempio: permessi, licenze, notifiche), nonché quelle all'Amministrazione Penitenziaria.

L'AZIONE DELLA REGIONE CAMPANIA

La Giunta Regionale della Campania ha istituito il "Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria Eleonora Amato", che, nell'ambito dei compiti specificamente assegnati, per rispondere all'urgenza di supportare il definitivo e completo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ha sviluppato il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG della Campania di seguito denominato "SMOP".

Nella seduta del Comitato paritetico interistituzionale del 18 giugno 2014 il rappresentante designato della Regione Campania ha messo a disposizione delle altre amministrazioni, senza oneri, il predetto sistema informativo che, con procedura semplice, consente, ai soggetti autorizzati, un immediato utilizzo per la raccolta, la gestione e l'elaborazione dei dati essenziali - anagrafici, sanitari e giuridici - riguardanti anche le persone cui sono applicate le misure di sicurezza detentive OPG e CCC, nonché la collegata gestione documentale informatizzata e la de materializzazione delle comunicazioni.

L'ADESIONE DELLA REGIONE VENETO AL SISTEMA "SMOP"

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, con nota prot. 284209 del 9 luglio 2015, ha formalizzato alla Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR della Giunta regionale della Campania la richiesta di adozione del Sistema informativo "SMOP", tramite la stipula di apposita convenzione.

Il Sistema informativo in parola, la cui operatività è stata avviata nel 2012, è idoneo a soddisfare anche i requisiti informativi richiesti per il funzionamento delle Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), è predisposto a interfacciarsi e comunicare con i diversi sistemi informativi delle Aziende Sanitarie e delle Regioni, l'anagrafe sanitaria ed i CUP.

LA CONVENZIONE

Viene approvato lo schema di convenzione tra la Regione del Veneto e la Regione Campania riportato all'**Allegato A** parte integrante del presente provvedimento (a cui si rinvia)-;

DGR 23.2.16, n. 168 - Adeguamento e rinnovo reparti detentivi negli ospedali del Veneto. (BUR n. 22 dell'8.3.16)

Note

Il provvedimento finanzia e regola gli interventi di adeguamento dei reparti di degenza detentiva delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona nonché dell'Ospedale di Rovigo (Azienda ULSS n.18).

BILANCIO

BASILICATA

L.R. 4.3.16, n. 5 Collegato alla legge di stabilità regionale 2016" capo v disposizioni in materia di sanità' (BUR n. 9 del 4.3.16)

NB

Si riportano gli articoli concernenti le politiche che sanitarie e sociali della Regione

Articolo 59

Modifica all'articolo 4 della legge regionale 1° luglio 2008, n.12

1. Il comma 6 dell'articolo 4 della legge regionale 1° luglio 2008, n.12, è sostituito dal seguente:
"6. L'incarico di Direttore di Distretto è conferito con le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento di incarichi di Unità operativa complessa."

Articolo 60

Norme in materia di personale delle Aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione

1. Il personale dirigente delle Aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione, nei casi di ristrutturazione aziendale che comportano soppressione di unità operative anche complesse, è ricollocato in via prioritaria nella stessa Azienda nell'ambito delle discipline di appartenenza o equipollenti.

Articolo 61

Corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario

1. I corsi di formazione con il riconoscimento del titolo di qualifica di OSS (operatore socio sanitario) e OSSS (operatore socio sanitario specializzato) possono essere organizzati dalle Aziende sanitarie locali e dagli enti di formazione regolarmente accreditati dalla Regione Basilicata.

2. La Giunta regionale, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, modifica il regolamento regionale che disciplina l'organizzazione ed il riconoscimento dei corsi di qualifica OSS e OSSS.

3. Gli istituti professionali di Stato della Regione che annoverano nell'offerta formativa corsi specifici per la formazione di OSS (operatori socio sanitari) e OSSS (operatore socio sanitario specializzato) e che siano in possesso di specifiche convenzioni con i nosocomi del Servizio sanitario regionale per i tirocini formativi e di orientamento degli studenti sono autorizzati al rilascio dei relativi titoli di qualifica.

Articolo 62

Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie private

1. In conformità alle disposizioni contenute nel decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1 come convertito dalla legge 24 marzo 2012, n. 27 e al fine di consentire il miglioramento e la più ampia diffusione dell'assistenza sanitaria sul territorio regionale, attraverso l'erogazione di prestazioni a totale carico del cittadino, la verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno complessivo di cui all'art. 8 ter del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e s.m.i. è effettuata dando preminenza all'interesse pubblico di rilevanza costituzionale della tutela della salute attraverso l'ampliamento dell'offerta sanitaria complessiva, ovvero intendendosi, tale verifica, sempre positiva e concessa.

2. In coerenza con le previsioni del precedente comma, i soggetti interessati inoltrano formale domanda al Presidente della Giunta regionale il quale concede, su istruttoria dei propri uffici, il parere di compatibilità positiva entro 30 giorni dalla data del suo ricevimento.

Decorso tale termine, con il silenzio dell'amministrazione regionale, il parere di compatibilità si ritiene concesso.

Articolo 63

Modifiche all'articolo 20 della legge regionale 8 agosto 2012, n. 16 come modificato dall'articolo 1 della legge regionale 13 agosto 2015, n. 36

1. Il comma 4 dell'articolo 20 della legge regionale 8 agosto 2012, n. 16 come modificato dall'articolo 1 della legge regionale 13 agosto 2015, n. 36 è così sostituito:

“4. In ogni caso la spesa complessiva del personale per le Aziende Sanitarie provinciali di Potenza e Matera nonché per l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004, non può essere superiore a quella dell'anno precedente, così come risultante da idonea attestazione aziendale.

In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 584, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, la Giunta regionale adotta un programma pluriennale di graduale riduzione della spesa del personale delle Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale, al fine di garantire l'obiettivo, previsto per l'anno 2020, di una spesa complessiva del personale pari a quella sostenuta nell'anno 2004 ridotta dell'1,4% al netto della spesa per il personale del sistema dell'emergenza urgenza 118 e dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture non ancora strutturata alla data del 31 dicembre 2004, individuando il limite di spesa annuale per ciascuna Azienda.”

2. Il comma 7 dell'articolo 20 della legge regionale 8 agosto 2012, n. 16 come modificato dall'articolo 1 della legge regionale 13 agosto 2015, n. 36 è così sostituito:

“7. Il piano annuale delle assunzioni di cui all'articolo 37 della legge regionale n. 42/2009, da sottoporre al controllo preventivo regionale ex art. 44 della legge regionale n. 39/2001, deve essere

predisposto nel rispetto di vincoli finanziari previsti dalla normativa nazionale e regionale e nel rispetto dei vincoli di spesa di cui al presente articolo garantendo l'equilibrio di bilancio e il rispetto del limite di spesa annuale individuato dalla Giunta regionale ai sensi del precedente comma 4. Il piano annuale delle assunzioni deve tenere conto delle esigenze di personale connesse all'attuazione di quanto previsto dall'art.14 della legge n. 161/2014. Le variazioni ai piani annuali, che non comportino incremento di spesa rispetto a quelli approvati dalla Giunta regionale, sono comunicate al competente Dipartimento regionale in deroga a quanto previsto dall'art. 44 della legge regionale n. 39/2001 purché riguardino la copertura di posti i cui profili siano presenti nella dotazione organica e previsti dai vigenti CCNL e tengano conto delle esigenze di personale connesse all'attuazione di quanto previsto dall'art.14 della legge n. 161/2014.”.

3. All'articolo 20, comma 8 della legge regionale 8 agosto 2012, n. 16 come modificato dall'articolo 1 della legge regionale 13 agosto 2015, n. 36 dopo le parole “di cui al precedente comma 2 lettere a) e b)” sono aggiunte “nonché del personale del ruolo sanitario e degli Operatori Socio-Sanitari (OSS) impiegati nelle attività territoriali e distrettuali”.

Articolo 64

Abrogazione comma 3 dell'articolo 30 della legge regionale 30 dicembre 2011, n. 26

1. È abrogato il comma 3 dell'articolo 30 della legge regionale 30 dicembre 2011, n. 26.

Articolo 65

Modifiche alla legge regionale 20 luglio 1993, n. 39

1. All'articolo 2, comma 2 della legge regionale 20 luglio 1993, n. 39, la parola “comma 2” è sostituita dalla parola “comma 1”.

2. L'articolo 3 della legge regionale 20 luglio 1993, n. 39, è così sostituito.

“Articolo 3

Requisiti per l'iscrizione

1. Possono essere iscritte alla sezione di cui all'articolo

2 le cooperative sociali ed i loro consorzi aventi sede legale e stabile organizzazione in Basilicata, iscritte all'Albo nazionale delle Cooperative - categoria sociale-, di cui al D.M. del Ministero delle attività produttive 23 giugno 2004.

2. Per ottenere l'iscrizione le Cooperative debbono presentare al competente Dipartimento della Regione Basilicata apposita domanda corredata da:

a) iscrizione all'Albo nazionale delle Cooperative -categoria sociale - di cui al D.M. del Ministero delle attività produttive 23 giugno 2004;

b) copia dell'atto costitutivo e dello statuto;

c) autocertificazione circa gli ambiti di attività in cui la cooperativa sociale opera ed i relativi servizi;

d) autocertificazione della composizione della compagine sociale;

e) relazione sulle caratteristiche professionali di quanti operano all'interno della cooperativa;

f) relazione sull'attività svolta;

g) copia dell'ultimo bilancio;

h) per le cooperative che chiedono l'iscrizione nella sotto sezione B): certificazione circa la presenza - all'interno della compagine sociale - di lavoratori svantaggiati nella misura prevista dall'art. 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381;

i) dichiarazione del rappresentante legale di non essere incorsi in violazione in materia di lavoro - previdenziali e fiscali - non conciliabili in via amministrativa;

l) per le cooperative che chiedono l'iscrizione in entrambe le sotto sezioni A) e B) a norma del precedente articolo 2, comma 2: certificazione circa la presenza di lavoratori svantaggiati nella misura prevista dall'art. 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381.

3. Nel caso di cooperative di nuova costituzione i documenti di cui alle lettere e), f), g) sono sostituiti da un articolato progetto relativo all'attività che la cooperativa intende svolgere.

4. La domanda di iscrizione dei consorzi deve essere corredata da:

- a) iscrizione all'Albo nazionale delle Cooperative- categoria sociale, di cui al D.M. del Ministero delle attività produttive 23 giugno 2004;
- b) copia dell'atto costitutivo e dello statuto;
- c) relazione sull'attività svolta;
- d) copia dell'ultimo bilancio;
- e) certificazione circa la presenza di cooperative sociali nella misura prevista dall'articolo 8 della legge 8 novembre 1991, n. 381.
5. L'iscrizione all'Albo regionale viene disposta con decreto del Presidente della Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di ricezione della domanda completa di tutta la documentazione richiesta, previa istruttoria dell'ufficio competente.
6. Il provvedimento è notificato al richiedente ed è pubblicato per estratto sul Bollettino ufficiale della Regione.
7. In caso di rigetto della domanda, viene data comunicazione scritta ai soggetti interessati entro il termine di 30 giorni. “.
3. L'articolo 5 della legge regionale 20 luglio 1993, n. 39, è così sostituito:

“Articolo 5

Cancellazione

1. La cancellazione degli enti cooperativi dalla sezione dell'albo regionale è disposta con decreto del Presidente della Giunta regionale, previa istruttoria dell'Ufficio competente, quando questi non abbiano adempiuto agli obblighi di cui ai precedenti articoli 3 e 4, o quando non sia stata effettuata entro l'anno la revisione di cui all'articolo 5, comma 3 della legge 8 novembre 1991 n. 381.
2. La cancellazione è disposta altresì quando le cooperative o il consorzio siano stati sciolti, risultino inattive da più di 24 mesi o cancellate dall'Albo nazionale delle Cooperative anche a seguito delle azioni di vigilanza sugli enti cooperativi di cui al D. Lgs. 2 agosto 2002, n. 220 e successive modificazioni, nonché qualora non siano in grado di continuare ad esercitare la propria attività.
3. Il provvedimento di cancellazione è notificato alla cooperativa o al consorzio ed è pubblicato per estratto sul Bollettino ufficiale della Regione.
4. Nel caso in cui il numero dei lavoratori svantaggiati, di cui al precedente articolo 4, scenda al di sotto del 30% dei lavoratori della cooperativa o quello dei soci volontari, di cui all'articolo 2, comma 2, della legge n. 381/1991, superi la misura del 50% dei soci, si provvede alla cancellazione, qualora la compagine sociale non venga riequilibrata entro un anno dalla data in cui si è manifestata l'irregolarità. “.

Articolo 66

Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale

1. Il comma 4 dell'articolo 31 della legge regionale 14 febbraio 2007 n. 4, come integralmente sostituito dall'articolo 47 della legge regionale 7 agosto 2009 n. 27, è così sostituito:
 “4. Nelle more dell'adeguamento della disciplina regionale alle disposizioni della legge 8 novembre 2000, n. 328 ed ai criteri indicati nel D.M. 21 maggio 2001, n. 308 in materia di autorizzazione delle strutture che svolgono in regime semiresidenziale o residenziale attività socio-assistenziali, socio-educative e socio - sanitarie non rientranti nel campo di applicazione della legge regionale 5 aprile 2000, n. 28 e s.m.i., i Comuni rilasciano autorizzazione previa verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi previsti dal D.M. 21 maggio 2001, n. 308.
 “. .
2. Dopo il comma 4 dell'articolo 31 della legge regionale 14 febbraio 2007 n. 4, sono aggiunti i seguenti commi:
 “4 bis. Entro il 30 settembre 2016, i Comuni convertono in autorizzazione le autorizzazioni provvisorie rilasciate alle strutture di cui al comma 4 previa verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi previsti dal D.M. 21 maggio 2001, n. 308. 4 ter. Le strutture di

cui al comma 4 in possesso di autorizzazione provvisoria, già operanti e carenti dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi previsti dal D.M 21 maggio 2001, n. 308, devono adeguarsi

Articolo 68

Integrazioni all'articolo 7 della legge regionale 5 aprile 2000, n. 28 e s.m.i.

1. Dopo il comma 10 dell'articolo 7 della legge regionale 5 aprile 2000, n. 28 e s.m.i., sono inseriti i seguenti commi:

"10 bis. Per le strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale i provvedimenti di autorizzazione adottati dalla Regione devono intendersi riferiti:

a) alla tipologia del presidio;

b) all'esercizio di attività sanitaria per l'intera branca specialistica nel caso di ambulatorio ovvero per le diverse branche specialistiche nel caso di poliambulatorio, e non per le singole prestazioni o categorie di prestazioni. 10 ter. Non costituisce materia di ulteriore autorizzazione:

a) l'implementazione di nuove prestazioni ovvero di categorie di prestazioni;

b) l'istallazione o la sostituzione ovvero l'implementazione e l'uso di apparecchiature biomedicali.

10 quater. Ai sensi del combinato disposto del D.P.R 8 agosto 1994, n. 542 e della legge regionale 5 aprile 2000, n. 28 e s.m.i. l'autorizzazione regionale rilasciata alla struttura sanitaria per l'attività di diagnostica per immagini costituisce titolo autorizzativo anche per l'istallazione e o la sostituzione, ovvero per l'implementazione e per l'uso di apparecchiature biomedicali.

10 quinquies. La verifica di compatibilità di cui all'art. 5 del D.P.R 8 agosto 1994, n. 542 è assolta e assorbita dal provvedimento di autorizzazione regionale rilasciato per la branca specialistica di diagnostica per immagini. "

Articolo 69

Modifica all'articolo 10 della legge regionale 27 gennaio 2015, n. 5

1. Al comma 1 dell'art.10 della legge regionale 27 gennaio 2015, n. 5, dopo le parole "economiche del Servizio sanitario regionale" sono aggiunte "nel rispetto dei principi di cui al comma n. 591 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190."

Articolo 70

Modifica all'articolo 11 della legge regionale 5 aprile 2000, n. 28

1. All'articolo 11, comma 3 della legge regionale 5 aprile 2000, n. 28 dopo le parole "abilitazione professionale" sono aggiunte "ovvero, per i laboratori privati, anche da un laureato in medicina e chirurgia in possesso di specializzazione o di diploma di corso di formazione specifica in medicina generale. ".

Articolo 71

Integrazioni alla legge regionale 30 dicembre 2015, n. 55

1. Dopo l'articolo 4 della legge regionale 30 dicembre 2015, n. 55 è inserito l'articolo 4 bis:

"Articolo 4 bis

Disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico

1. Al fine di completare la messa in esercizio del fascicolo sanitario elettronico, la scadenza dei contratti di collaborazione stipulati per tali finalità dell'Azienda Ospedaliera regionale San Carlo in funzione di coordinamento e supporto operativo alle Aziende del Servizio sanitario regionale è differita al 31 dicembre 2016. "

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA - ISEE
--

FRIULI V.G.

Decreto del Presidente della Regione 25 febbraio 2016, n. 038/Pres. - Regolamento di modifica al Regolamento per l'attuazione della Carta famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) emanato con decreto del Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347/Pres.(BUR n. 10 del 9.3.16)

Note

Con la legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) e successive modificazioni ed in particolare l'articolo 10, è prevista l'istituzione del beneficio denominato "Carta Famiglia".

Con proprio decreto n. 0347/Pres. del 30 ottobre 2007 è stato emanato il "Regolamento per l'attuazione della Carta famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità)".

In relazione al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)) che ha modificato la disciplina dell'ISEE e, per quanto attiene alla Dichiarazione sostitutiva unica (DSU), ha stabilito che sia valida dal momento della presentazione al 15 gennaio dell'anno successivo viene ravvisata la necessità di apportare alcune modifiche al regolamento attuativo della Carta famiglia emanato con proprio decreto n. 0347/Pres. del 30 ottobre 2007 e successivamente modificato con proprio decreto 16 ottobre 2009, n. 0287/Pres. e con proprio decreto 10 agosto 2012, n. 0161/Pres.;

Decreta

1. È emanato il "Regolamento di modifica al Regolamento per l'attuazione della Carta Famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) emanato con decreto del Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347/Pres.", nel testo allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto.

Regolamento di modifica al Regolamento per l'attuazione della Carta Famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) emanato con decreto del Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347/Pres.

Art. 1 modifica all'articolo 2 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

Art. 2 modifica all'articolo 6 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

Art. 3 modifica all'articolo 12 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

Art. 4 modifica all'articolo 17 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

Art. 5 disposizione transitoria

Art. 6 entrata in vigore

art. 1 modifica all'articolo 2 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

1. Al comma 7 dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Regione, 30 ottobre 2007, n. 347/Pres. (Regolamento per l'attuazione della Carta Famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità), le parole: "dall'articolo 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 (Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449)" sono sostituite dalle seguenti: "dall'articolo 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)) e risultante dalla Dichiarazione sostitutiva unica (DSU)".

art. 2 modifica all'articolo 6 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

1. Alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 6 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007, le parole: "decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 e successive modifiche e integrazioni", sono sostituite dalle seguenti: "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159";.

art. 3 modifica all'articolo 12 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

1. Il comma 3 dell'articolo 12 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007 è sostituito dal seguente: "3. La Carta famiglia ha una durata di dodici mesi a partire dalla data della sua emissione".

art. 4 modifica all'articolo 17 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007

1. I commi 2 bis e 2 ter dell'articolo 17 del decreto del Presidente della Regione 347/Pres./2007, sono abrogati.

art. 5 disposizione transitoria

1. Le Carta famiglia emesse nell'anno 2015 sono valide fino al 14 agosto 2016.

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

Decreto del Presidente della Regione Lazio 29 febbraio 2016, n. T00023 - Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità costituito con decreto del Presidente della Regione Lazio 24 luglio 2013, n. T00191. Nomina del rappresentante del Centro operativo della Direzione Investigativa Antimafia di Roma, Tenente Colonnello della Guardia di Finanza Antonio Di Terlizzi.

Note

Nell'ambito dell'Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità, costituito con decreto del Presidente della Regione Lazio 24 luglio 2013, n. T00191, viene nominato, quale componente effettivo, il Tenente Colonnello della Guardia di Finanza Antonio Di Terlizzi, in rappresentanza del Centro operativo della Direzione Investigativa Antimafia di Roma.

Ai componenti dell'Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità, spetta, ai sensi

ISTITUTO REGIONALE JEMOLO

Avviso

Bando Corso anticorruzione e antimafia Comuni provincia di Roma Frosinone Latina e Viterbo- (BUR n. 20 del 10.3.16)

BANDO PER L'AMMISSIONE AI CORSI DI FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E ANTIMAFIA PER I COMUNI DELLA PROVINCIA DI ROMA (con esclusione di Roma Capitale), FROSINONE, LATINA, RIETI E VITERBO – CODICI dal

L'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio "A. C. Jemolo", nel rispetto della Legge Regionale n. 40/87 e successive modificazioni ed integrazioni, bandisce sino ad un massimo di n. 50 posti per l'ammissione a n. 17 "Corsi di formazione anticorruzione e antimafia in collaborazione con l'Osservatorio Tecnico Scientifico per la Sicurezza e la Legalità della Regione Lazio, per i Comuni della Provincia di Roma (con esclusione di Roma Capitale), Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo";

1. I corsi per i dipendenti dei Comuni della Provincia di Roma (con esclusione di Roma Capitale) si svolgeranno presso l'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio "A. C. Jemolo", mentre i Corsi per i dipendenti dei Comuni delle Province di Viterbo, Frosinone, Latina e Rieti si svolgeranno presso sedi messe a disposizione dalla Regione Lazio nelle province di riferimento;

2. I corsi offriranno un quadro generale della normativa in materia di anticorruzione e antimafia, con la finalità di offrire agli operatori un approfondimento delle normative specifiche in materia di anticorruzione, ed in special modo quanto stabilito dalla L.190/2012 recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione. La finalità dei corsi è di assicurare agli operatori dei Comuni partecipanti una "chiave di lettura" utile per superare le criticità dovute a fenomeni corruttivi, per rendere le singole amministrazioni locali più efficienti e trasparenti, e ciò alla luce di quanto stabilito dall'art.19 della Legge del 7 agosto 2015

n. 135. Gli operatori dei Comuni dovranno essere in grado di attivare una politica di prevenzione e contrasto alle mafie, alla corruzione e all'illegalità attraverso la diffusione delle conoscenze e nella comunicazione delle buone pratiche, dando ai dipendenti dei Comuni una adeguata formazione che possa favorire una maggiore consapevolezza nell'assunzione di decisioni. Dovrà essere fornito un supporto ai Comuni del Lazio attraverso un percorso di formazione in materia di anticorruzione nonché di trasparenza nell'esercizio delle funzioni amministrative. Verrà illustrato il concetto di "mafia", sia sotto l'aspetto storico-sociale-antropologico che sotto l'aspetto socio-giuridico. Verrà, infine, approfondito l'art. 143 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali riguardante lo scioglimento dei consigli comunali e provinciali conseguente a fenomeni di infiltrazione e di condizionamento di tipo mafioso.

3. I **17** corsi saranno articolati in **3** giornate di **cinque ore** ciascuna di docenza teorica e pratica e si terranno secondo un calendario e con degli orari che verranno successivamente pubblicati sul sito dell'Istituto Jemolo www.jemolo.it, e si svolgeranno a partire dal mese di maggio 2016 con termine previsto entro il mese di dicembre 2016;

4. Potranno partecipare ai corsi, in via prioritaria, i dipendenti dei Comuni della province di Roma (ad eccezione di Roma Capitale), Viterbo, Frosinone, Latina e Rieti, competenti per i seguenti settori di attività: a) Appalti e contratti, b) Attività commerciali, c) Urbanistica e edilizia, d) Demanio e patrimonio o di altro settore individuato come settore a rischio dal rispettivo piano anticorruzione;

5. I Comuni con una popolazione **sino a 5000 abitanti** potranno presentare domanda sino ad un massimo di **n. 2 dipendenti**; I comuni con popolazione **superiore ai 5000 abitanti** potranno presentare domanda sino ad un massimo di **n. 4 dipendenti**;

6. Le domande di partecipazione al corso dovranno essere sottoscritte ed inviate dai Segretari Comunali di ciascun Comune, sulla base delle valutazioni compiute dalla singola amministrazione corredate della documentazione richiesta, all'Istituto A.C. Jemolo utilizzando i modelli allegati al presente bando (Allegati A e B) **entro 60 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lazio** - attraverso PEC (istitutojemolo@regione.lazio.legalmail.it) o consegnate a mano presso la segreteria didattica dell'Istituto dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13. Non saranno ammesse le domande pervenute a mezzo posta;

7. Un'apposita commissione nominata d'intesa con l'Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità della Regione Lazio organizzerà l'attività formativa dei candidati ammessi sulla base del presente bando, inclusa la costituzione delle classi per argomenti trattati, aree di attività e dimensione provinciale di riferimento. In ogni caso sarà data priorità ai dipendenti operanti nei settori di cui al punto 4);

8. I partecipanti ai corsi potranno ottenere l'attestato di frequenza qualora abbiano effettivamente frequentato tutte le lezioni previste;

9. La partecipazione al corso comporta l'accettazione di quanto contenuto nel presente bando e nei regolamenti dell'Istituto;

10. Si informano i candidati che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 il trattamento dei dati personali da parte dell'Istituto è strettamente finalizzato all'espletamento delle attività di selezione e didattica ed avverrà a cura delle sole persone preposte al procedimento organizzativo e per il tempo necessario al conseguimento degli scopi per cui sono stati raccolti;

11. La Segreteria Didattica dell'Istituto A.C.Jemolo è situata in Roma, Viale Giulio Cesare n. 31, tel. 06.51.68.69.57 \ 06.51.68.6812 - mail segreteria@jemolo.it con orario 9.30\13.00 tutti i giorni escluso il sabato e festivi.

Roma, 23 febbraio 2016

Il Commissario Straordinario

Alessandro Sterpa

ALLEGATO A

All'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio "ARTURO CARLO JEMOLO"

Viale G. Cesare, 31 - 00192 Roma

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E ANTIMAFIA PER I COMUNI DELLA PROVINCIA DI ROMA ((con esclusione di Roma Capitale), FROSINONE, LATINA, RIETI E VITERBO – CODICE dal 21CON16 al 37CON16.

Il Segretario comunale del Comune di:

- Provincia di Roma
 Provincia di Frosinone
 Provincia di Latina
 Provincia di Rieti
 Provincia di Viterbo

(barrare la casella interessata)

- Sino a 5.000 abitanti;
 Superiore a 5.000 abitanti.

(barrare la casella interessata)

10/03/2016 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 20

CHIEDE L'ISCRIZIONE AI CORSI PER I SEGUENTI DIPENDENTI DEL COMUNE

Nome e Cognome

Settore di attività: Appalti e contratti Attività commerciali Urbanistica ed edilizia

Demanio e patrimonio altro settore a rischio secondo il piano anticorruzione del Comune

Ruolo (Dirigente, Responsabile del procedimento, dipendente)

Luogo, data di nascita

Codice fiscale:

Cittadinanza..... Documento..... N°

Residente in

Indirizzo.....

Tel.....

Cell.....

e-mail..... Fax.....

.....

Nome e Cognome

Settore di attività: Appalti e contratti Attività commerciali Urbanistica ed edilizia

Demanio e patrimonio altro settore a rischio secondo il piano anticorruzione del Comune

Ruolo (Dirigente, Responsabile del procedimento, dipendente)

Luogo, data di nascita

Codice fiscale:

Cittadinanza..... Documento..... N°

Residente in

Indirizzo.....

Tel.....

Cell.....

email..... Fax.....

.....

Nome e Cognome

Settore di attività: Appalti e contratti Attività commerciali Urbanistica ed edilizia

Demanio e patrimonio altro settore a rischio secondo il piano anticorruzione del Comune

Ruolo (Dirigente, Responsabile del procedimento, dipendente)

Luogo, data di nascita

Codice fiscale:

Cittadinanza.....Documento.....N°.....

Residente in

Indirizzo.....

.....

Tel.....

Cell.....

e-mail.....Fax.....

.....

Nome e Cognome

Settore di attività: Appalti e contratti Attività commerciali Urbanistica ed edilizia
 Demanio e patrimonio altro settore a rischio secondo il piano anticorruzione del Comune

Ruolo (Dirigente, Responsabile del procedimento, dipendente)

Luogo, data di nascita

Codice fiscale:

Cittadinanza.....Documento.....N°.....

Residente in

Indirizzo.....

.....

Tel.....

Cell.....

email.....Fax.....

.....

Quanto sopra all'esito dell'attività interne poste in essere dal Comune per le individuazione dei partecipanti.

IL SEGRETARIO COMUNALE
 DEL COMUNE DI

Allegato B

All'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio "ARTURO CARLO JEMOLO"

Viale G. Cesare, 31 - 00192 Roma

CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E ANTIMAFIA PER I COMUNI DELLA PROVINCIA DI ROMA (con esclusione di Roma Capitale),

FROSINONE,

LATINA, RIETI E VITERBO – CODICE dal 21CON16 al 37CON16.

DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DI OGNI DIPENDENTE

Il sottoscritto,

Cognome _____

Nome _____

Comune di _____ provincia di _____

Settore di attività _____

Ruolo (Dirigente, Responsabile del procedimento, dipendente) _____

Dichiara:

1. ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, di essere consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

2. di aver preso visione di tutte le condizioni di selezione, partecipazione e frequenza indicate nel bando e sul sito internet dell'Istituto.
3. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs. 196/03;
4. di non aver riportato condanne penali o di avere procedimenti penali pendenti e di accettare i regolamenti dell'Istituto "A.C. Jemolo".

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità

Data.....

DCR 16.2.16 - n. X/1002 - Nomina di cinque componenti del comitato tecnico - scientifico, in materia di contrasto e prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata di stampo mafioso, nonché di promozione della cultura della legalità (BUR n. 9 del 2.3.16)

Note

Vengono nominati quali componenti del comitato tecnico - scientifico i signori:

Carlo Angelo Orfeo Colombo, nato il 7 maggio 1971;

Paola Panzeri, nata il 24 settembre 1972 ;

Nando Dalla Chiesa, nato il 3 novembre 1949;

Davide Salluzzo, nato l'8 agosto 1960.

LOMBARDIA

DCR 16.2.16 - n. X/1003 - Nomina di due componenti del comitato regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici (BUR n. 9 del 2.3.16)

Note

Vengono nominati quali componenti del Comitato regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici i signori:

Luca Baccaro, nato l'8 settembre 1972;

Giovanni Thiella, nato il 1° luglio 1950;.

DGR 7.3.16 - n. X/4878 - Piano straordinario anticorruzione - Disciplina per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (Whistleblower) per gli enti di cui all'all. A1 della l.r. 30/2006. (BUR n. 9 del 2.3.16)

Note

PREMESSA

Con la legge 6 novembre 2012, n. 190 «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione» (che ha modificato, all'art. 1, comma 51, il d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche») è stato introdotto l'art. 54 bis con lo scopo di favorire l'emersione di condotte illecite all'interno delle pubbliche amministrazioni, tutelando espressamente il dipendente che ne segnali la sussistenza.

Il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con deliberazione CIVIT (ora ANAC – Autorità Nazionale Anticorruzione) 11 settembre 2013, n. 72- aggiornato con determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 - , annovera, tra le specifiche misure di prevenzione della corruzione, la tutela del dipendente che segnala illeciti (cd. Whistleblower), prevedendo alcuni principi generali per l'attuazione dell'istituto al fine di assicurare, nel modo più rigoroso possibile, la garanzia della riservatezza del dipendente che effettui dette segnalazioni.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Con la DGR 2871 del 12 dicembre 2014 la Giunta, in attuazione alla d.g.r. n.1290 del 30 gennaio 2014 di approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, ha approvato la disciplina delle misure per la tutela del dipendente regionale che segnala illeciti (whistleblower), come riportata nell'allegato A della citata deliberazione, che dispone in particolare relativamente a:

Soggetti e oggetto della segnalazione, individuando nel Responsabile della prevenzione della corruzione il destinatario delle segnalazioni, cui compete l'effettuazione delle prime verifiche

di fondatezza delle stesse e le conseguenti azioni in relazione alla natura e alla gravità della condotta illecita segnalata;

Modalità di segnalazione, prevedendo, oltre alle consuete forme di informazione (posta elettronica e ordinaria), la possibilità per il dipendente di comunicare mediante accesso ad apposito sistema informatico attraverso la rete internet, che consenta, in alternativa, l'identificazione immediata dell'identità esplicita del segnalante, in caso di suo consenso, o la sua rilevazione ex post, unicamente nelle ipotesi all'uopo disciplinate, in modo da garantire l'integrità e la non violabilità del contenuto della segnalazione e consentirne l'accesso al solo Responsabile della Prevenzione e corruzione, attraverso una personale chiave di decifrazione;

Tutela del segnalante in tutte le fasi delle procedure successive al ricevimento della segnalazione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione, così come esplicitamente dettagliate;

Modulistica per la segnalazione, in modo da facilitare al dipendente la corretta indicazione dei fatti illeciti di cui sia venuto a conoscenza;

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-2018, adottato con DGR n. 4757 del 28 gennaio 2016, nel dettare la strategia delle azioni di prevenzione da realizzare da parte della Giunta, prevede, al paragrafo 11.6, l'attuazione della disciplina prevista dalla DGR n. 2871/2014, il potenziamento dell'efficacia dello strumento del whistleblower ed azioni di sensibilizzazione nei confronti dell'istituto.

Con la DGR n. 3133 del 18 febbraio 2015, recante «Direttive per il 2015 per gli enti del sistema regionale di cui all'All. A1, Sezione I della l.r. 30/2006», è previsto che gli enti dipendenti del sistema regionale sono tenuti ad adottare il Regolamento per la tutela del whistleblower e che le società partecipate devono recepire nei propri modelli organizzativi o prevedere, nel Piano di prevenzione della corruzione, l'istituto della tutela del segnalante (whistleblower), finalizzato alla tutela del dipendente che segnala illeciti anche di tipo corruttivo.

LA CONFORMITA' ALLA DISCIPLINA REGIONALE

Viene disposto che gli Enti di cui all'All. A1) della l.r. 30/2006, che non abbiano ancora approvato uno specifico Regolamento, si conformino alla disciplina regionale approvata con dgr 2871 del 12 dicembre 2014 - allegato A recante «DISCIPLINA DELLE MISURE PER LA TUTELA DEL DIPENDENTE REGIONALE CHE SEGNA ILLECITI (WHISTLEBLOWER)», adottando appositi provvedimenti secondo i rispettivi ordinamenti.

Viene acquisita dal Responsabile Prevenzione Corruzione specifica relazione, da presentare alla Giunta, contenente gli esiti dell'efficacia dell'istituto nei confronti del Sistema regionale, con particolare riferimento agli Enti di cui all'All. A1) della l.r. 30/2006, entro il prossimo 31 maggio 2016 ed entro il 31 dicembre 2016. Dal 2017 la relazione dovrà essere prodotta semestralmente-

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01569 Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Viterbo, capofila del distretto socio-sanitario VT3, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 61.414,18 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Il Comune di Viterbo, capofila del distretto socio-sanitario VT3, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136;

Viene confermato integralmente, anche per l'annualità 2015, il progetto operativo presentato nel 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, così come richiesto da parte del Comune di Viterbo in qualità di capofila del distretto sociosanitario VT3, acquisito al protocollo della Direzione Salute e Politiche Sociali con nota del 18/02/2016, n. 89542; Viene autorizzato il comune di Viterbo all'impiego di risorse per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, per un massimale di spesa di euro 61.414,18, a valere sul relativo "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali";

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01570 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Aprilia, capofila del distretto socio-sanitario LT1, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 76.508,08 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Il Comune di Aprilia, capofila del distretto socio-sanitario LT1, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136;

Viene confermato integralmente, anche per l'annualità 2015, il progetto operativo presentato nel 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, così come richiesto da parte del Comune di Aprilia in qualità di capofila del distretto sociosanitario LT1, acquisito al protocollo della Direzione Salute e Politiche Sociali con PEC del 10/02/2016 nota 71895.

Note

Viene autorizzato il comune di Aprilia all'impiego di risorse per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, per un massimale di spesa di euro 76.508,08, a valere sul relativo "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali";

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01571 Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Monterotondo, capofila del distretto socio-sanitario RMG1, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 64.816,23 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Il Comune di Monterotondo, capofila del distretto socio-sanitario RMG1, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136;

Viene confermato integralmente, anche per l'annualità 2015, il progetto operativo presentato nel 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, così come richiesto da parte del Comune di Monterotondo in qualità di capofila del distretto sociosanitario RMG1, acquisito al protocollo della Direzione Salute e Politiche Sociali con nota del 11/02/2016, prot. n. 73856.

Viene autorizzato il comune di Monterotondo all'impiego di risorse per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, per un massimale di spesa di euro 64.816,23.

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01572 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Conferma del progetto operativo del Comune di Tarquinia, capofila del distretto socio-sanitario VT/2, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale

di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 37.158,24 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Il Comune di Tarquinia, in qualità di capofila del Distretto sociosanitario VT/2, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136;

Viene confermato il progetto operativo presentato dal Comune di Tarquinia capofila del distretto socio sanitario VT/2, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015;

Viene autorizzato il Comune di Tarquinia all'impiego di risorse per le attività relative al "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, per un massimale di spesa di euro 37.158,24.

LOMBARDIA

DD 2.3.16 - n. 1450 Approvazione della graduatoria e rettifica del paragrafo 13 dell'«Avviso pubblico per lo sviluppo di interventi a favore di giovani e persone, anche abusatori di sostanze, in situazione di grave marginalità « di cui al decreto n. 8654 del 20 ottobre 2015(BUR n. 9 del 2.3.16)

Note

Vengono approvati gli esiti della valutazione dei 32 progetti presentati ai sensi del d.d.g. n. 8654/2015 con oggetto «Avviso pubblico per lo sviluppo di interventi a favore di giovani e persone, anche abusatori di sostanze, in situazione di grave marginalità» e successive modifiche, come di seguito definito negli Allegati – parti integranti e sostanziali del presente atto:

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo per gli allegati

ENTI LOCALI

LOMBARDIA

DGR 8.2.16 - n. X/4782 - Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Città metropolitana di Milano per la determinazione concertata di composizione e modalità di funzionamento della conferenza permanente Regione – Città metropolitana ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della l.r. 32/2015 (BUR n. 9 del 4.3.16)

Note

Con la legge regionale 12 ottobre 2015, n. 32, «Disposizioni per la valorizzazione del ruolo istituzionale della Città metropolitana di Milano e modifiche alla legge regionale 8 luglio 2015, n. 19 (Riforma del sistema delle autonomie della Regione e disposizioni per il riconoscimento della specificità dei territori montani in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 'Disposizioni sulle Città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni') in particolare è disposto, all'articolo 1, comma : *«Al fine di condividere modalità di collaborazione e di raccordo e di definire azioni di interesse comune è istituita, senza oneri a carico della finanza pubblica, la conferenza permanente Regione - Città metropolitana, quale sede istituzionale paritetica di concertazione degli obiettivi di comune interesse, la cui composizione e le cui modalità di funzionamento sono stabilite di concerto con la Città metropolitana, con deliberazione della Giunta regionale, previo protocollo d'intesa sottoscritto dal Presidente della Giunta regionale e dal Sindaco della Città metropolitana di Milano, prevedendo forme di consultazione con le autonomie funzionali e le associazioni di rappresentanza degli interessi socio - economici maggiormente rappresentative»;*

Lo schema di protocollo d'intesa di cui all'articolo 1, comma 2, della l.r. 32/2015, allegato A e parte integrante della presente deliberazione, è stato condiviso con la Città metropolitana di

Milano nell'ambito del Tavolo di confronto inter - istituzionale riunitosi il 19 novembre 2015 ed il 22 dicembre 2015;

L'allegato 1 dello schema di protocollo d'intesa, parte integrante dello stesso protocollo, disciplina la composizione e le modalità di funzionamento della conferenza permanente Regione - Città metropolitana di cui alla l.r. 32/2015;

Quanto contenuto nello schema di protocollo d'intesa e nel relativo allegato costituisce espressione del concerto tra la Regione e la Città metropolitana per la determinazione, con deliberazione della Giunta regionale, della composizione e delle modalità di funzionamento della conferenza permanente Regione - Città metropolitana ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della l.r. 32/2015;

In base alla l.r. 32/2015, il protocollo d'intesa è sottoscritto dal presidente della Giunta regionale e dal sindaco della Città metropolitana di Milano;

Viene approvata sia la composizione che le modalità di funzionamento della conferenza permanente Regione - Città metropolitana disciplinate nell'allegato schema di protocollo d'intesa, subordinandone l'efficacia alla sottoscrizione dello stesso protocollo da parte del presidente della Giunta regionale e del sindaco della Città metropolitana di Milano;

SCHEMA DI PROTOCOLLO D'INTESA TRA IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA

E

IL SINDACO DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

TRA IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA ED IL SINDACO DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO,

VISTO lo Statuto d'autonomia della Lombardia, in particolare l'articolo 3, comma 1.

VISTO lo Statuto della Città metropolitana di Milano, in particolare l'articolo 32.

VISTO, l'articolo 1, comma 2, della legge regionale 12 ottobre 2015, n. 32 recante *“Disposizioni per la valorizzazione del ruolo istituzionale della Città metropolitana di Milano e modifiche alla legge regionale 8 luglio 2015, n. 19 (Riforma del sistema delle autonomie della Regione e disposizioni per il riconoscimento della specificità dei Territori montani in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 ‘Disposizioni sulle Città metropolitane, sulle Province, sulle unioni e fusioni di comuni’)”*.

CONSIDERATO che la sopra citata norma *“al fine di condividere modalità di collaborazione e di raccordo e di definire azioni di interesse comune”* stabilisce l'istituzione, *“senza oneri a carico della finanza pubblica”*, della *“Conferenza permanente Regione – Città metropolitana, quale sede istituzionale paritetica di concertazione degli obiettivi di comune interesse”* alla quale sono attribuiti specifici compiti, anche *“prevedendo forme di consultazione con le autonomie funzionali e le associazioni di rappresentanza degli interessi socio-economici maggiormente rappresentative”*.

VISTA la L.R. 32/2015 all'articolo 1 commi 3 e 4, che attribuisce alla Conferenza la definizione di un'Intesa quadro che stabilisce *“le linee programmatiche e le iniziative progettuali di raccordo tra il Programma regionale di sviluppo della Regione di cui al titolo II della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione) e il piano strategico della Città metropolitana di cui all'articolo 1, comma 44, lettera a), della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni)”* e che *“può articolarsi in specifici accordi o intese settoriali o altre forme di collaborazione, nonché in specifiche attività progettuali, anche ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 14 marzo 2003, n. 2 (Programmazione negoziata regionale) ed anche in riferimento alla programmazione comunitaria”*.

VISTA la L.R. 32/2015 all'articolo 1 comma 5, che definisce inoltre le seguenti attività in capo alla Conferenza:

“a) sviluppa il confronto sul processo di elaborazione del piano strategico della Città metropolitana;

- b) *effettua il monitoraggio del processo di attuazione dell'Intesa quadro, verificando lo stato di avanzamento dei relativi contenuti;*
- c) *provvede alla proposta di aggiornamento dell'Intesa quadro, anche in relazione all'aggiornamento del Programma regionale di sviluppo e del piano strategico della Città metropolitana;*
- d) *provvede, con specifica Intesa, alla elaborazione e condivisione dei criteri e indirizzi del Piano territoriale regionale per la redazione del Piano territoriale metropolitano;*
- e) *costituisce sede di confronto e approfondimento dei provvedimenti legislativi e amministrativi regionali ritenuti rilevanti dalla Regione e dalla Città metropolitana per il territorio metropolitano.*”

VISTA la L.R. 32/2015 all'articolo 2 comma 5, che richiamando il monitoraggio dell'Intesa quadro di cui all'articolo 1 comma 5 lettera b) stabilisce che sia oggetto di valutazione l'andamento della gestione delle funzioni conferite alla Città metropolitana ai sensi dell'articolo 2 comma 2, anche ai fini di eventuali proposte di riordino delle funzioni medesime.

VISTA la L.R. 32/2015 all'articolo 5 comma 2, che stabilisce che “*Il PTM (Piano territoriale metropolitano) è redatto sulla base dei criteri e degli indirizzi stabiliti dal Piano territoriale regionale, di seguito denominato PTR (Piano territoriale regionale), previa specifica Intesa di cui all'articolo 1, comma 4*”.

VISTA altresì la L.R. 32/2015 all'articolo 4 commi 4 e 5, che definisce la concertazione dell'intesa prevista dalla L. 56/2014 sulla definizione delle zone omogenee della Città metropolitana nell'ambito della Conferenza.

CONSIDERATO che la L.R. 32/2015 all'articolo 1 comma 2 prevede *che* composizione e modalità di funzionamento della Conferenza siano determinate “*di concerto con la Città metropolitana, con deliberazione della Giunta regionale, previo protocollo d'intesa sottoscritto dal Presidente della Giunta regionale e dal Sindaco della Città metropolitana di Milano*”;

RITENUTO che la definizione condivisa del protocollo d'intesa costituisce espressione del concerto tra la Regione e la Città metropolitana di Milano per la successiva determinazione, con deliberazione della Giunta regionale, della composizione e delle modalità di funzionamento della Conferenza.

TUTTO CIO' PREMESSO, SI CONVIENE:

1. Di sottoscrivere il presente protocollo d'intesa e il relativo allegato 1, parte integrante e sostanziale del medesimo, recante disciplina della composizione e delle modalità di funzionamento della Conferenza permanente Regione - Città metropolitana di cui all'articolo 1, comma 2, della l.r. 32/2015.
2. di stabilire che l'efficacia della disciplina della composizione e delle modalità di funzionamento della Conferenza permanente decorre dalla data di sottoscrizione del protocollo d'intesa di cui al punto 1;

Milano,

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA IL SINDACO METROPOLITANO DI MILANO

COMPOSIZIONE E MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELLA CONFERENZA PERMANENTE REGIONE – CITTÀ METROPOLITANA (L.R. 32/2015, ART. 1, C. 2).

Articolo 1 - Oggetto

Il presente documento definisce la composizione e le modalità di funzionamento della Conferenza permanente Regione – Città metropolitana di cui all'art. 1, c. 2, della legge regionale 12 ottobre 2015 - n. 32 “*Disposizioni per la valorizzazione del ruolo istituzionale della Città metropolitana di Milano e modifiche alla legge regionale 8 luglio 2015, n. 19 (Riforma del sistema delle autonomie della Regione e disposizioni per il riconoscimento della specificità dei Territori montani in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 'Disposizioni sulle Città metropolitane, sulle Province,*

sulle unioni e fusioni di comuni’)", che è istituita quale "sede istituzionale paritetica di concertazione degli obiettivi di comune interesse".

Articolo 2 – Composizione

La Conferenza permanente Regione – Città metropolitana (di seguito "Conferenza") è composta dai seguenti amministratori della Regione Lombardia e della Città metropolitana di Milano:

- a) Presidente, Assessori e Sottosegretari della Giunta di Regione Lombardia.
- b) Sindaco della Città metropolitana di Milano e Consiglieri metropolitani delegati.

Articolo 3 – Ufficio di Presidenza

Nell'ambito della Conferenza è costituito l'Ufficio di Presidenza che coordina le attività della Conferenza stessa.

L'Ufficio di Presidenza è composto da:

- il Presidente della Giunta regionale o Assessore o Sottosegretario della Giunta suo delegato.
- il Sindaco metropolitano o Consigliere metropolitano, di cui all'articolo 2 lettera b), suo delegato.

All'inizio di ogni rispettivo mandato, sia per parte regionale sia metropolitana, si procede al rinnovo dell'eventuale delegato all'Ufficio di Presidenza, con comunicazione tra le parti.

L'Ufficio di Presidenza definisce l'ordine del giorno delle riunioni della Conferenza, anche sulla base delle richieste e proposte pervenute da uno o più componenti della Conferenza stessa.

L'Ufficio di Presidenza cura gli adempimenti operativi per il funzionamento della Conferenza (definizione, firma e trasmissione delle convocazioni e degli atti di indirizzo, presidio delle attività per il buon funzionamento della Conferenza, quant'altro necessario operativamente).

Articolo 4 – Modalità, sedi e tempistica delle riunioni

La Conferenza si riunisce:

In sessione plenaria, con tutti i componenti, per gli adempimenti relativi all'Intesa quadro di cui alla L.R. 32/2015 articolo 1 comma 3 e comma 5 lettere a) e c) e quando ritenuto necessario dall'Ufficio di Presidenza.

In sessione tematica, con l'Ufficio di Presidenza ed i componenti della Conferenza convocati dallo stesso in relazione alle tematiche trattate nell'ordine del giorno.

La Conferenza si riunisce almeno una volta all'anno e quando stabilito dall'Ufficio di Presidenza, anche su richiesta di almeno uno dei componenti della Conferenza.

La Conferenza si riunisce, di norma, presso Palazzo Lombardia, salvo diversa decisione dell'Ufficio di Presidenza.

Articolo 5 – Attività

La Conferenza si esprime con atti di indirizzo adottati d'intesa tra i componenti partecipanti alle sedute.

La seduta è valida alla presenza almeno dei componenti dell'Ufficio di Presidenza, in rappresentanza di entrambi gli Enti.

Gli atti di indirizzo vengono trasmessi a cura dell'Ufficio di Presidenza ai due Enti per i successivi provvedimenti di competenza.

L'Ufficio di Presidenza cura la trasmissione a tutti i componenti della Conferenza dei verbali delle sedute.

Articolo 6 – Segreteria tecnica e Supporto organizzativo

La Conferenza si avvale di una Segreteria tecnica composta dai Dirigenti delle rispettive Amministrazioni, individuati da ciascun Ente a cura dell'Ufficio di Presidenza e convocati dallo stesso in funzione delle necessità.

Il Supporto organizzativo e la verbalizzazione delle sedute sono assicurati dalla Struttura della Giunta regionale competente per la Città metropolitana.

Articolo 7 – Consultazione con le autonomie funzionali e le associazioni di rappresentanza degli interessi socio-economici maggiormente rappresentative

L'Ufficio di Presidenza definisce i componenti del "Tavolo di consultazione" della Conferenza con le autonomie funzionali e le associazioni di rappresentanza degli interessi socio-economici maggiormente rappresentative.

La composizione del "Tavolo di consultazione" della Conferenza può essere aggiornata ed integrata dall'Ufficio di Presidenza.

La Conferenza si riserva la possibilità di consultare, su iniziativa dell'Ufficio di Presidenza, anche altri soggetti, al di fuori di detto elenco, su tematiche specifiche e quando ritenuto necessario.

Il "Tavolo di consultazione" della Conferenza permanente è consultato, di regola, in occasione della sessione plenaria.

In occasione delle sessioni tematiche, singoli componenti del "Tavolo di consultazione" possono essere consultati in relazione alle materie trattate, su convocazione dell'Ufficio di Presidenza.

Articolo 8 - Partecipazione di ulteriori soggetti esterni

L'Ufficio di Presidenza può invitare alle sedute soggetti esterni, competenti in relazione ai temi all'ordine del giorno, anche su richiesta dei componenti della Conferenza invitati alla riunione e competenti per materia, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica.

TOSCANA

DGR 16.2.16, n. 76 - Termini e modalità per la verifica dell'effettivo esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali da parte delle unioni di comuni ai sensi dell'articolo 91, comma 2, e per gli effetti dell'articolo 82 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68. (BUR n. 8 del 24.2.16)

Note

Viene approvato l'allegato A alla presente deliberazione, con il quale sono stabiliti i termini e le modalità per la verifica dell'effettivo esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali da parte delle unioni di comuni, ai sensi dell'articolo 91, comma 2, e per gli effetti dell'articolo 82 della l.r. 68/2011.

Allegato A

1. Oggetto

1.1. Il presente allegato disciplina, ai sensi dell'articolo 91, comma 2, della l.r. 68/2011, termini e modalità per la verifica dell'effettivo esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali da parte delle unioni di comuni beneficiarie dei contributi di cui all'articolo 90 della legge medesima e della sussistenza delle condizioni per la concessione dei contributi.

1.2. Il presente allegato disciplina, altresì, le modalità e i termini per la verifica dell'effettivo esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali da parte delle unioni di comuni ai fini dell'ammissibilità dei comuni al contributo annuale ai piccoli comuni in situazione di maggior disagio, previsto dall'articolo 82 della l.r. 68/2011.

1.3. Le verifiche di effettività di cui ai punti precedenti sono svolte congiuntamente. Gli esiti delle verifiche incidono su entrambi i procedimenti di concessione dei contributi, sia dell'articolo 90 che dell'articolo 82.

2. Disposizioni generali

2.1. La verifica dell'effettività dell'esercizio associato è rivolta alle unioni di comuni che rientrino in almeno uno dei casi di seguito indicati:

- a) abbiano beneficiato nel 2015 del contributo dell'articolo 90 della l.r. 68/2011;
- b) siano in possesso, sulla base dello statuto vigente al momento della verifica, dei requisiti che ne consentano nell'anno 2016 l'ammissione al contributo dell'articolo 90 della l.r. 68/2011;
- c) siano costituite anche da comuni potenzialmente beneficiari dei contributi previsti dall'articolo 82 della l.r. 68/2011.

2.2. La verifica dell'effettività si svolge, in maniera selettiva, sul contenuto delle funzioni fondamentali ed è limitata alle attività indicate, per ciascuna funzione, al paragrafo 5; è visionata o acquisita, a campione, la documentazione che dimostra, a seconda dei casi, che l'esercizio della funzione:

- a) garantisce il permanere del requisito richiesto nell'anno 2015 per l'accesso ai contributi dell'articolo 90 della l.r. 68/2011; a tal fine deve essere data dimostrazione dell'effettivo esercizio delle funzioni per i comuni facenti parte dell'unione al momento della verifica;
- b) ha luogo per tutti i comuni per i quali, ai sensi dell'articolo 90 della l.r. 68/2011, l'esercizio associato consente la concessione del contributo all'unione di comuni nell'anno 2016;
- c) ha luogo per i comuni potenzialmente beneficiari del contributo previsto dall'articolo 82 della l.r. 68/2011 che esercitano mediante l'unione di comuni di cui fanno parte almeno cinque funzioni fondamentali, come indicate al comma 1 del medesimo articolo 82.

2.3. Se dalla verifica di effettività viene data dimostrazione che l'unione esercita almeno due funzioni fondamentali tra quelle previste per l'anno 2015 per l'accesso ai contributi dell'articolo 90 non si procede alla revoca del contributo concesso nell'anno 2015.

2.4. Il mancato esercizio delle funzioni di cui al punto 2.2, lettera c) determina la non ammissione dei comuni al contributo dell'articolo 82 della l.r. 68/2011; gli esiti negativi della verifica incideranno, altresì, sull'istruttoria dei contributi alle unioni di comuni qualora dette funzioni siano necessarie al raggiungimento del requisito dell'articolo 90, comma 1, lettera b), nonché per la valutazione dell'unione per gli indicatori di efficienza, salvo quanto previsto dal successivo paragrafo 4.

2.5. La documentazione, visionata o acquisita, deve dimostrare che:

- a) le funzioni, i servizi e i compiti riconducibili a una funzione fondamentale sono esercitati esclusivamente dall'unione di comuni;
- b) l'esercizio della funzione è unitario, non risultando suddiviso tra l'unione e altre forme associative né residuando in capo al singolo comune funzioni, servizi o compiti ad essa riconducibili.

2.6. La struttura regionale nell'ambito delle attività di cui al punto 2.1 non effettua la verifica dell'effettività:

- a) sull'esercizio delle funzioni per i comuni receduti dall'unione prima della data della verifica, o esclusi dall'unione da norme di legge;
- b) sull'esercizio della funzione fondamentale del catasto fino all'attivazione del decentramento delle funzioni catastali, ai sensi della legislazione vigente in materia;
- c) sui servizi di trasporto comunale rientranti nella funzione fondamentale di organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale di ambito comunale, quantunque prevista dallo statuto, se alla data della verifica tutti i comuni dell'unione hanno stipulato la convenzione di cui all'articolo 85 della l.r. 65/2010.

3. Termini e modalità delle verifiche dell'effettività.

3.1. Le verifiche dell'effettività sono effettuate entro il 30 giugno 2016.

3.2. La struttura regionale competente provvede alla verifica dell'effettività delle funzioni fondamentali svolte dall'unione sulla base dello statuto vigente al momento della verifica che rientrano nelle seguenti fattispecie:

- a) abbiano consentito nell'anno 2015 e/o consentano nell'anno 2016 l'ammissione dell'unione di comuni ai contributi previsti dall'articolo 90;
- b) consentano l'ammissione di comuni facenti parte dell'unione al contributo annuale ai piccoli comuni in situazione di maggior disagio, previsto dall'articolo 82 della l.r. 68/2011.

3.3. La struttura regionale competente provvede inoltre alla verifica di effettività delle funzioni fondamentali svolte dall'unione di comuni tramite convenzione che hanno consentito ai comuni di beneficiare nell'anno 2015 del contributo previsto dall'articolo 82 della l.r. 68/2011.

3.4. La verifica dell'effettività è svolta presso l'unione dalla struttura regionale competente previo accordo sulla data di svolgimento; ove non sia raggiunto l'accordo, la struttura regionale comunica

al presidente dell'unione la data della verifica. Se alla data stabilita non risulta possibile effettuare la verifica per assenza di rappresentanti dell'unione o per mancata esibizione della documentazione sufficiente o per ogni altra causa imputabile all'unione, la verifica è considerata effettuata con esito negativo. In tal caso la struttura regionale competente assegna all'unione di comuni un termine non inferiore a quindici giorni per inviare documentazione comprovante l'effettivo esercizio delle funzioni.

3.5. A conclusione della verifica dell'effettività è redatto apposito verbale, per ciascuna funzione fondamentale esercitata dall'unione, sottoscritto dal rappresentante dell'unione e dal funzionario della struttura regionale competente.

3.6. Il verbale deve dare conto degli atti esaminati, delle funzioni, dei servizi e dei compiti svolti dall'unione per conto dei comuni previsti dallo statuto, ovvero, nei casi di cui al punto 3.3 previsti dalle convenzioni, secondo quanto disposto dal paragrafo 5.

3.7. La struttura regionale competente comunica all'unione di comuni e ai comuni di cui al punto 2.2, lettera c), gli esiti della verifica dell'effettività entro trenta giorni dallo svolgimento.

3.8. Se dalla verifica risulta che l'unione di comuni non esercita effettivamente le funzioni fondamentali e sussistono i presupposti per la revoca del contributo 2015, la struttura regionale competente assegna all'unione un termine, non inferiore a quindici giorni, per inviare elementi integrativi, riconducibili alla data della verifica e non evidenziati durante la verifica medesima.

3.9. Se gli elementi integrativi di cui al punto 3.8 sono trasmessi oltre il termine o non sono sufficienti a dimostrare l'effettività dell'esercizio associato di almeno due funzioni tra quelle previste dall'articolo 90, comma 1, lettera b), la struttura regionale competente provvede, entro i sessanta giorni successivi, ad adottare il provvedimento di revoca del contributo concesso. La somma soggetta a revoca è pari al contributo integrale concesso dalla Regione all'ente nell'anno 2015 ai sensi dell'articolo 90, commi 5, 6, 7 e 9 della l.r. 68/2011.

3.10. Se dalla verifica risulta che l'unione di comuni, pur non sussistendo i presupposti per la revoca del contributo 2015, non esercita effettivamente almeno tre funzioni fondamentali e non possiede, pertanto, i requisiti per l'ammissibilità al contributo 2016, la struttura regionale competente comunica gli esiti della verifica. L'unione di comuni può trasmettere elementi integrativi entro e non oltre quindici giorni antecedenti al termine di avvio dei procedimenti di concessione dei contributi dell'articolo 90, comma 5, 6 e 7 della l.r. 68/2011. Gli elementi integrativi possono essere riconducibili sia ad attività alla data della verifica, non evidenziati durante la verifica medesima, che ad attività svolte nel periodo intercorso dalla data della verifica alla data della trasmissione. Per la funzione "servizi in materia statistica" si applica altresì quanto previsto al successivo punto 5.8.

3.11. Se gli elementi integrativi di cui al punto 3.10 sono trasmessi oltre il termine o non sono sufficienti a dimostrare l'effettività dell'esercizio associato di almeno tre funzioni fondamentali tra quelle previste dall'articolo 90, comma 1, lettera b), la struttura regionale competente dà conto, nelle motivazioni del decreto di concessione dei contributi di cui all'articolo 90, commi 5, 6 e 7 della l.r. 68/2011, della inammissibilità dell'unione al contributo 2016.

3.12. Anche se non sussistono i presupposti per la revoca o per l'inammissibilità dell'unione a contributo, se gli elementi integrativi di cui al punto 3.10 sono trasmessi oltre il termine o non sono sufficienti a dimostrare l'effettività dell'esercizio associato delle funzioni fondamentali ai fini della valutazione dell'unione di comuni per gli indicatori di efficienza, la struttura regionale competente dà conto, nelle motivazioni del decreto di concessione dei contributi di cui all'articolo 90, commi 5, 6 e 7 della l.r. 68/2011, della inammissibilità ai rispettivi indicatori di efficienza. Per la funzione "servizi in materia statistica" si applica altresì quanto previsto al successivo punto 5.8.

3.13. Se dalla verifica risulta che l'unione di comuni non esercita effettivamente le funzioni che possono determinare l'ammissione dei comuni al contributo previsto dall'articolo 82 della l.r. 68/2011, diverse da quelle contemplate nei casi descritti nei precedenti punti 3.9, 3.11 e 3.12, la struttura regionale competente comunica gli esiti della verifica. L'unione di comuni può trasmettere elementi integrativi entro e non oltre quindici giorni antecedenti al termine di avvio dei

procedimenti di concessione dei contributi dell'articolo 90, comma 5, 6 e 7. Gli elementi integrativi possono essere riconducibili sia ad attività alla data della verifica, non evidenziati durante la verifica medesima, che ad attività svolte nel periodo intercorso dalla data della verifica alla data della trasmissione. Per la funzione “servizi in materia statistica” si applica altresì quanto previsto al successivo punto 5.8.

3.14. Se gli elementi integrativi di cui al punto 3.13 sono trasmessi oltre il termine o non sono sufficienti a dimostrare l'effettività dell'esercizio associato per le funzioni che possono determinare l'ammissione dei comuni al contributo previsto dall'articolo 82 della l.r. 68/2011, diverse da quelle contemplate nei casi descritti nei precedenti punti 3.9, 3.11 e

3.12, la struttura regionale competente dà conto, nelle motivazioni del decreto di concessione dei contributi di cui all'articolo 90 della l.r. 68/2011, della inammissibilità della funzione che può determinare l'inammissibilità del comune a contributo.

3.15. Nella verifica di effettività, per le attività ricorrenti la documentazione non può essere anteriore al 1° gennaio 2015; per quelle non ricorrenti, quali l'adozione di piani o regolamenti, è sufficiente che la documentazione riguardi il periodo dal quale la funzione è esercitata dall'unione.

4. Riammissione delle funzioni

4.1. Le funzioni per le quali è stato accertato il non effettivo esercizio da parte dell'unione di comuni, sia che esso abbia determinato o meno la revoca del contributo concesso, possono essere nuovamente prese in considerazione nei procedimenti di concessione dei contributi dell'articolo 90, a ai fini dell'ammissione ai contributi e della valutazione sugli indicatori di efficienza, e dell'articolo 82 della l.r. 68/2011 nel caso in cui, a seguito di una successiva verifica, sia accertato l'effettivo esercizio di dette funzioni.

4.2. La verifica può essere richiesta dall'unione di comuni solo dopo che siano decorsi 180 giorni, a seconda dei casi:

- a) dall'adozione del decreto di revoca all'unione di comuni del contributo concesso ai sensi dell'articolo 90 della l.r. 68/2011, per le funzioni il cui mancato esercizio ha determinato la revoca;
- b) dall'adozione del decreto di concessione dei contributi dell'articolo 90 alle unioni di comuni, sia nel caso in cui il mancato esercizio abbia determinato l'inammissibilità a contributo dell'unione che nel caso in cui le funzioni non siano state prese in considerazione per gli indicatori di efficienza;
- c) dall'adozione del decreto di concessione dei contributi ai comuni previsti dall'articolo 82 della l.r. 68/2011, per le funzioni, diverse da quelle dei precedenti punti a) e b), il cui mancato esercizio ha eventualmente determinato l'inammissibilità a contributo di uno o più comuni.

4.3. La verifica può essere richiesta fino a 45 giorni prima dei termini di avvio dei procedimenti rispettivamente di concessione dei contributi dell'articolo 90 relativi all'anno 2017 nei casi di cui alle lettere a) e b) del precedente punto 4.2 e del procedimento di concessione dei contributi dell'articolo 82 anno 2017 nel caso di cui alla lettera c) del precedente punto 4.2. La verifica può essere richiesta per ciascuna funzione per una sola volta. Si applicano i punti 3.5 e 3.6 del presente allegato.

4.4. La struttura regionale competente comunica all'unione di comuni gli esiti della verifica di cui al punto 4.3 e ai comuni di cui al punto 2.2, lettera c), entro trenta giorni dallo svolgimento.

4.5. Se dalla verifica dell'effettività risulta che l'unione di comuni non esercita funzioni fondamentali la struttura regionale competente, con la comunicazione di cui al punto 4.4, assegna all'unione un termine, non inferiore a quindici giorni, per inviare elementi integrativi, riconducibili alla data della verifica, non evidenziati durante la verifica al fine di dimostrare l'effettivo esercizio della funzione. Se gli elementi integrativi sono trasmessi oltre il termine o non sono sufficienti a dimostrare l'effettività dell'esercizio associato, la struttura regionale competente dichiara entro trenta giorni con decreto l'esito negativo.

5. Funzioni, servizi e compiti oggetto di verifica

5.1. Funzione fondamentale organizzazione generale dell'amministrazione, gestione finanziaria e contabile e controllo.

a) Gestione economica e finanziaria:

1. espressione del parere in ordine alla regolarità contabile sulle deliberazioni che comportano impegno di spesa o diminuzione di entrata;
2. attestazione della regolarità contabile e della copertura finanziaria dei provvedimenti che comportano una spesa.

b) Gestione delle entrate tributarie e servizi fiscali:

1. gestione ordinaria dei tributi e delle imposte comunali.

c) Gestione dei beni demaniali e patrimoniali:

1. tenuta e aggiornamento dell'inventario dei beni;
2. manutenzione ordinaria e straordinaria degli edifici destinati a sedi di uffici pubblici e a pubblico servizio.

d) Gestione delle risorse umane:

1. reclutamento e concorsi;
2. trattamento giuridico del personale;
3. trattamento economico del personale.

5.2. Funzione fondamentale organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale di ambito comunale, ivi compresi i servizi di trasporto pubblico comunale:

- a) gestione diretta o dei contratti dei trasporti pubblici in ambito comunale;
- b) gestione e manutenzione delle strade comunali, ivi compresa la regolazione della circolazione stradale urbana e rurale e dell'uso delle aree di competenza;
- c) gestione diretta o dei contratti per l'apertura delle biblioteche agli utenti;
- d) gestione diretta o dei contratti per l'apertura dei musei al pubblico.

5.3. Funzione fondamentale pianificazione urbanistica ed edilizia di ambito comunale nonché la partecipazione alla pianificazione territoriale di livello sovracomunale:

- a) predisposizione del piano strutturale intercomunale;
- b) costituzione di un ufficio comune cui competono:
 1. la predisposizione dei piani strutturali e loro varianti;
 2. la predisposizione dei piani operativi e loro varianti;
 3. la predisposizione e aggiornamento dei regolamenti edilizi.

Le attività di cui alle lettere a) e b) sono alternative tra loro. La verifica si considera con esito positivo se l'unione dimostra che dette attività, il cui esercizio è stato comunque affidato all'unione, non sono state svolte né dall'unione né dai singoli comuni.

5.4. Funzione fondamentale attività, in ambito comunale, di pianificazione di protezione civile e di coordinamento dei primi soccorsi:

- a) adozione, approvazione, verifica e aggiornamento periodico di unico piano di protezione civile per tutti i comuni interessati, ai sensi dell'articolo 16 della legge regionale n. 67 del 2003. La struttura regionale competente provvede a verificare d'ufficio lo svolgimento delle attività di cui al presente punto qualora il piano o i relativi aggiornamenti siano stati già trasmessi ai competenti uffici regionali;
- b) attività di centro situazioni (CeSi):
 1. ricevimento delle segnalazioni circa situazioni di criticità in atto o previste;
 2. servizio reperibilità H 24.
- c) attivazione benefici del volontariato su scala intercomunale;

5.5. Funzione fondamentale progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo 118, quarto comma, della Costituzione:

a) servizi e interventi in favore delle famiglie:

1. istruttoria e adozione dei provvedimenti di concessione degli assegni per i nuclei familiari e degli assegni di maternità, previsti dalla legislazione statale; trasmissione dei dati all'INPS per l'erogazione degli assegni;

2. istruttoria e adozione dei provvedimenti per la concessione di contributi economici, di carattere continuativo, straordinario o urgente, compresa l'erogazione di agevolazioni per l'affitto a persone o nuclei familiari in stato di bisogno;

b) servizi e interventi per l'infanzia e i minori:

1. interventi di pronto intervento, di accoglienza, protezione, assistenza e supporto ai minori italiani e stranieri che si trovano in stato di abbandono o privi di assistenza familiare o che risultano non accompagnati;

2. segnalazione da parte dei servizi di assistenza all'autorità giudiziaria competente dei casi di abbandono di un minore al fine dell'adozione dei provvedimenti previsti dal titolo X del libro primo del codice civile;

c) servizi e interventi di assistenza sociale per anziani:

1. servizi di assistenza domiciliare;

2. servizi di supporto (es: pasti a domicilio);

d) servizi e interventi di assistenza sociale per soggetti disabili:

1. servizi di trasporto sociale;

2. interventi di supporto all'inserimento lavorativo;

e) servizi di assistenza sociale e di integrazione di immigrati e nomadi:

1. centri di accoglienza e di ascolto;

2. progetti mirati a favore di cittadini stranieri in situazioni di particolare fragilità, quali profughi, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tratta;

3. interventi di sostegno abitativo;

f) servizi e interventi di assistenza sociale per le persone a rischio di esclusione sociale:

1. servizi di pronto intervento e prima assistenza per far fronte alle esigenze primarie di accoglienza, cura e assistenza;

2. contributi di sostegno economico;

3. servizi di supporto (es: mensa sociale, distribuzione di beni di prima necessità, servizi per l'igiene personale);

g) vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali

In caso di verifica di atti, questa è effettuata su atti pubblici o atti visionabili in forma anonima.

5.6. Funzione fondamentale edilizia scolastica per la parte non attribuita alla competenza delle province, organizzazione e gestione dei servizi scolastici relativi a scuole dell'infanzia, istruzione primaria e secondaria inferiore:

a) edilizia scolastica;

b) trasporto scolastico;

c) mensa scolastica.

5.7. Funzione fondamentale polizia municipale e polizia amministrativa locale:

Costituzione di un corpo unico o comunque di un unico servizio di polizia municipale, così come previsto dalla legge 65/1986 e dalla legge regionale 12/2006, di cui facciano parte tutti gli addetti di polizia municipale dei singoli comuni che svolgono i loro compiti nell'intero territorio dei comuni medesimi.

5.8. Servizi in materia statistica

Svolgimento delle attività inerenti le indagini statistiche previste nel Programma Statistico Nazionale.

L'unione di comuni dovrà dimostrare di aver svolto le attività inerenti tutte le rilevazioni statistiche previste per i comuni associati nel PSN relative al 2015 e al 2016. Qualora la funzione sia stata conferita all'unione nel corso del 2015 si considerano solo le rilevazioni successive alla data di attivazione dell'esercizio associato; per il 2016 si considerano le attività previste e svolte dal 1° gennaio alla data della verifica.

Si considera effettivo l'esercizio della funzione anche quando, pur non avendo dimostrato di aver svolto le attività inerenti le rilevazioni statistiche per i comuni associati relative al 2015, sebbene

interessati, l'unione dà conto in sede di verifica di aver svolto le attività relative alle indagini relative al 2016. Qualora il Programma Statico Nazionale non preveda attività di indagini statistiche per i comuni associati nel 2016 non potrà essere superato il mancato esercizio della funzione nel 2015.

Ad esclusione del caso in cui il mancato esercizio della funzione determini il presupposto per la revoca del contributo 2015, caso per il quale si applicano le disposizioni dei precedenti punti 3.8 e 3.9, se dalla verifica di effettività risulta che l'unione di comuni non esercita effettivamente la funzione, l'unione può dimostrare, ai soli fini dell'ammissibilità della funzione ai contributi dell'articolo 90 e dell'articolo 82 della l.r. 68/2011, l'effettivo esercizio della funzione fondamentale dando conto della realizzazione di tutte le attività inerenti le indagini statistiche previste dal PSN per il 2016, per tutti i comuni associati interessati, per le quali sia previsto il loro espletamento entro il termine di quindici giorni antecedenti al termine di avvio dei procedimenti di concessione dei contributi dell'articolo 90, commi 5, 6 e 7 della l.r. 68/2011.

6. Disposizioni finali.

6.1. I paragrafi 5.2 e 6 dell'allegato A alla deliberazione di Giunta regionale n. 111 del 19 febbraio 2014 sono soppressi.

GIOVANI

CAMPANIA

DGR 8.3.16, n. 87 - Politiche giovanili - riorganizzazione dell' osservatorio permanente sulla condizione giovanile. (BUR n. 16 del 9.3.16)

Note

PREMESSA

Con il Regolamento (UE) n. 1303 del 17 dicembre 2013, il Parlamento e il Consiglio europeo hanno approvato le disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e le disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, abrogando il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio.

Con la Decisione n. C(2015)5085/F1 del 20 luglio 2015, la Commissione europea ha approvato il Programma Operativo "POR Campania FSE " per il sostegno del Fondo sociale europeo nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" per la regione Campania in Italia CCI 2014IT05SFOP020.

L'AZIONE DELLA REGIONE:IL POR CAMPANIA FERS

Con la DGR n. 388 del 2 settembre 2015, la Giunta Regionale ha preso atto della succitata Decisione della Commissione Europea.

Con la DGR n. 719 del 16 dicembre 2015, la Giunta Regionale ha preso atto del documento "Metodologia e criteri di selezione delle operazioni", approvato nella seduta del Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014-2020 del 25 novembre 2015.

Con la Decisione n. C(2015)8578 del 1° dicembre 2015, la Commissione europea ha approvato il Programma Operativo "POR Campania FESR " per il sostegno del Fondo europeo di sviluppo regionale nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" per la regione Campania in Italia CCI 2014IT16RFOP007.

Con la Deliberazione n. 720 del 16 dicembre 2015, la Giunta Regionale ha preso atto della succitata Decisione della Commissione Europea.

LA RICADUTA SULLE POLITICHE GIOVANILI

La Legge Regionale n. 14/1989 ha previsto, in collegamento con le Università della Campania, l'istituzione di una struttura tecnico - scientifica denominata "Osservatorio sulla condizione giovanile in Campania" in grado di assicurare studi, ricerche ed analisi sui problemi giovanili e di

fornire, altresì, il necessario supporto tecnico-scientifico agli organismi regionali per la programmazione, l'analisi e la valutazione delle politiche giovanili.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1379 del 11/09/2007 è stato approvato il Quadro strategico delle Politiche Giovanili per la definizione dell'Accordo di Programma Quadro, e che con i successivi atti deliberativi, la Giunta Regionale della Campania ha adottato le programmazioni delle azioni nell'ambito del detto quadro strategico delle Politiche Giovanili in Campania.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 777 del 30 aprile 2008 sono state approvate le Linee Operative attuative del Quadro strategico Politiche giovanili con le relative schede tecniche da inserire nell'APQ attuativo.

In data 1° agosto 2008 è stato sottoscritto l'Accordo di Programma Quadro in materia di politiche giovanili "Una Regione giovane per i giovani".

In data 7 maggio 2015, con atto rep. n. 41/CU è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, così come modificata, in data 16 luglio 2015, sulla ripartizione del "Fondo nazionale per le politiche giovanili" di cui all'art. 19, comma 2, del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248", per l'anno 2015 che riserva per la regione Campania l'importo di € 372.890,42.

Con DGR n. 450 del 06/10/2015 ad oggetto: "FNPG presa d'atto dell'Intesa del 16 luglio 2015 e linee di programmazione" si è, tra l'altro, preso atto dell'Intesa soprarichiamata, e il Direttore Generale della DG 11 è stato incaricato di aggiornare il quadro strategico delle politiche giovanili in Campania, di attivare la definizione dell'intesa tramite apposita proposta progettuale e di prevedere la costituzione di un gruppo di lavoro di orientamento strategico con referenti della Regione e del Dipartimento della Gioventù.

Con DGR n. 549 del 10 novembre 2015 la Giunta Regionale ha approvato lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali per la condivisione di *"indirizzi programmatici che pongano al centro la condizione giovanile, con particolare riferimento alla promozione di progetti innovativi negli ambiti della partecipazione e del protagonismo giovanile, della creatività, della promozione e sostegno di giovani talenti e di start up, nonché nella prevenzione del disagio giovanile"*.

LA CORRISPONDENZA FRA LE STRATEGIE EUROPEE E L'AZIONE DELLA REGIONE

E' intendimento della Regione procedere ad un approccio integrato ed unitario della programmazione e gestione delle risorse finanziarie provenienti da fondi FESR, FSE, FEAMP e FEASR e da altre risorse nazionali e regionali, atta a promuovere una maggiore efficacia delle politiche e un migliore uso delle risorse finanziarie.

La materia delle politiche giovanili trova corrispondenza tra le scelte strategiche nella programmazione dei fondi europei 2014-2020 e in particolare nei seguenti Assi del POR FSE 2014-2020 della Regione Campania:

3. Asse 1 - Occupazione - OT 08 - Promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori;

4. Asse 2 - Inclusione - OT 09 - Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione;

5. Asse 3 - Istruzione e Formazione - OT 10 - Investire nell'istruzione, nella formazione e nella formazione professionale per le competenze e l'apprendimento permanente;

La materia delle politiche giovanili trova coerenza con la strategia di base del POR Campania FESR 2014-2020 e in particolare nei seguenti Assi:

7. Asse 3 POR FESR – Competitività del sistema produttivo;

8. Asse 10 POR FESR - Sviluppo Urbano Sostenibile;

9. Asse "Assistenza Tecnica" del POR FESR 2014-2020 della Regione Campania.

LA VISIONE DI SISTEMA COORDINATO

Gli interventi a favore dei giovani nell'attuale quadro economico, sociale e culturale, debbono necessariamente essere caratterizzati da una visione di sistema che concentri le proprie linee di azione su più aspetti del variegato universo giovanile, quali il contesto degli ambienti a disposizione dei giovani, i luoghi le modalità dell'apprendimento formale ed informale e dell'educazione, la formazione e l'orientamento, la ricerca e l'innovazione, il mercato del lavoro, la partecipazione, l'internazionalizzazione delle conoscenze e le competenze acquisibili attraverso la mobilità.

IL RUOLO DELLA CONOSCENZA DELLA CONDIZIONE GIOVANILE: L'OSSERVATORIO

La suddetta strategia di sistema necessita del supporto permanente di strumenti conoscitivi e dai risultati di indagini accurate e scientificamente solide, nonché della lettura puntuale della dinamicità dell'universo giovanile.

In tale contesto nell'ambito dell'Accordo di Programma Quadro in materia di politiche giovanili "Una Regione giovane per i giovani" è stato istituito l'*Osservatorio permanente sulla condizione giovanile* inteso come spazio di ricerca permanente sul mondo giovanile allo scopo di raccogliere, in modo organico e continuativo, dati ed informazioni riguardanti i giovani e la loro vita, i loro bisogni, le tendenze culturali e sociali, le loro problematiche, ecc... e fornire un supporto tecnico-scientifico agli organismi regionali istituzionalmente competenti per la programmazione, l'analisi e la valutazione delle politiche giovanili;

Per l'istituzione del succitato *Osservatorio permanente sulla condizione giovanile* sono state sottoscritte apposite convenzioni con le Università campane.

IL PIANO PLURIENNALE

Viene pertanto rilevata la necessità di procedere alla definizione del Piano pluriennale delle politiche giovanili regionali, secondo un approccio interdisciplinare e flessibile, che tenga conto della programmazione regionale integrata, di cui alla nota trasmessa dall'Assessore alle Politiche Giovanili al Presidente della GR, prot. n°47/SP del 14/01/2016.

Le linee di azione fondanti il succitato piano pluriennale, sono ravvisabili nella promozione dell'aggregazione giovanile e dei luoghi e modalità dell'apprendimento formale ed informale e dell'educazione, la formazione e orientamento, la ricerca e innovazione, il mercato del lavoro, la partecipazione, l'internazionalizzazione delle conoscenze e competenze attraverso la mobilità, la valorizzazione del volontariato e progetti di cittadinanza attiva e solidarietà.

LA DISPOSIZIONE

Si procede alla riorganizzazione dell'*Osservatorio permanente sulla condizione giovanile*, inteso quale intervento sistemico e propedeutico alla predisposizione del Piano pluriennale delle politiche giovanili regionali allo scopo di rafforzare il necessario supporto tecnico-scientifico alle istituzioni regionali competenti;

Viene affermata la necessità di valutare ed eventualmente rafforzare e sostenere quanto già programmato e realizzato negli ultimi anni in Campania nonché dare nuovo impulso alle politiche di investimento sulla risorsa giovani del territorio campano anche attraverso collaborazioni e accordi istituzionali con i principali attori a ciò preposti.

IL RUOLO DELL'UNIVERSITA'

Il supporto delle Università è previsto nei casi "*in cui l'ente pubblico territoriale finanzia attività di interesse generale, in gran parte non economiche, finalizzate allo sviluppo economico e sociale del territorio, che mirano a soddisfare le esigenze della popolazione in campo sociale, culturale ed educativo*".

Conformemente alle finalità istituzionali previste da statuto *le Università concorrono allo sviluppo culturale, sociale, economico e produttivo del Paese, anche in collaborazione con soggetti nazionali, internazionali, pubblici e privati.*

La Regione d'intesa con il Comitato dei Rettori dell'Università della Campania darà avvio alla collaborazione istituzionale in merito all'intervento in argomento;

LE RISORSE FINANZIARIE

La riorganizzazione dell'*Osservatorio permanente sulla condizione giovanile* sarà attuata utilizzando le risorse finanziarie stanziata a valere sul POR Campania FSE 2014-2020 - Asse 1 - Priorità di investimento 8ii - (RA 8.1 – Obiettivo Specifico 2)

IL FINANZIAMENTO

Per le finalità anzi citate l'utilizzo delle risorse finanziarie stanziata a valere sul POR Campania FSE 2014-2020 - Asse 1 - Priorità di investimento 8ii - (RA 8.1 – Obiettivo Specifico 2) – Azione 8.1.8 per un importo massimo di € 1.000.000,00.

Viene approvato il cronoprogramma di spesa per la riorganizzazione dell'*Osservatorio permanente sulla condizione giovanile* che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale (All. A) (a cui si rinvia)

PIEMONTE

DD 30.12.15, n. 1122 - D.G.R. n. 78-2776 del 29/12/2015. Attuazione scheda cod. 01-2015/2016. Impegno di spesa ed assegnazione risorse di euro 198.422,72 a favore degli Enti territoriali di area vasta (Province) e della Città metropolitana di Torino per il progetto "Forme di dialogo strutturato per la redazione della nuova legge regionale per i giovani", capitoli vari del bilancio 2015. (BUR n. 10 del 10.10.16)

Note

Viene impegnata ed assegnata, per le considerazioni in premessa citate, la somma complessiva di € 198.422,72 a favore della Città metropolitana di Torino e degli Enti territoriali di area vasta (Province) per il progetto "Forme di dialogo strutturato per la redazione della nuova legge regionale per i giovani" secondo le modalità di ripartizione contenute nell'Allegato A,

- Città metropolitana di Torino Euro 83.156,21
- Provincia di Alessandria Euro 20.673,15
- Provincia di Asti Euro 14.324,99
- Provincia di Biella Euro 12.703,53
- Provincia di Cuneo Euro 24.196,49
- Provincia di Novara Euro 18.955,72
- Provincia del Verbano Cusio Ossola Euro 11.812,17
- Provincia di Vercelli Euro 12.600,44

TOSCANA

DPGR 19.2.16, n. 20 - Consiglio regionale degli studenti, articolazione territoriale di Firenze e articolazione territoriale di Pisa. Sostituzioni. (BUR n. 9 del 22.3.16)

Note

Vengono nominati Ghisolfi Gea, Bitaj Gabriele, Grazzini Francesco, Casini Giulia, Chiesa Claudio, Boccalini Matteo e Capone Amedeo quali componenti del Consiglio regionale degli studenti in rappresentanza dell'articolazione territoriale di Firenze, in sostituzione di Bianchi Chiara, Rinaldi Niccolò, Di Marco Lapo Carlo, Attori Federico, Bencini Enrico, Amine Alaa e Perinelli Luca.

Viene nominato Conti Marco quale componente del Consiglio regionale degli studenti in rappresentanza dell'articolazione territoriale di Pisa, in sostituzione di Imbrenda Paolo.

IMMIGRATI

LAZIO

DGR 23.2.16, n. 52 - Avvisi pubblici per la presentazione di progetti a valenza territoriale a valere sul Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014 -2020, adottati con decreto 24 dicembre 2015 n. 19738 dell'Autorità responsabile del Ministero dell'Interno. Partecipazione della Regione Lazio, con il supporto tecnico di ASAP Lazio.

Note**INTRODUZIONE NORMATIVA**

Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina sull’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” e s.m.i.;

Decreto Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 “Regolamento recante norme di attuazione del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” e s.m.i.;

Legge dell’8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Legge regionale del 9 settembre 1996, n. 38 “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socioassistenziali nel Lazio” e successive modifiche e integrazioni;

Legge regionale 14 luglio 2008, n.10 “Disposizioni per la promozione e la tutela dell’esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati”;

Regolamento (UE) N. 516/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014 che, nell’ambito di una riorganizzazione dei finanziamenti destinati al sostegno delle politiche in materia di immigrazione, istituisce il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), al fine di una gestione integrata della migrazione comprendente tutti gli aspetti del fenomeno, incluso l’asilo, la migrazione regolare, il rimpatrio dei cittadini stranieri e l’integrazione;

Regolamento (UE) N. 514/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 Aprile 2014 recante, tra le altre, anche disposizioni generali sul funzionamento del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione.

IL PROGRAMMA FAMI

Il Programma Nazionale FAMI 2014-2020 approvato da parte della Commissione Europea con decisione C(2015) 5343 del 03 agosto 2015 individua i fabbisogni più urgenti nel settore dell’asilo, dell’integrazione e dei rimpatri, declinando per ciascuna area gli obiettivi di carattere prioritario ed i risultati che si intendono conseguire e che lo stesso prevede uno stanziamento del contributo comunitario pari a euro 315.355.777,00 cui si aggiunge un cofinanziamento nazionale del Ministero dell’Economia e delle Finanze pari a euro 315.355.777,00 per un totale complessivo delle risorse pari a euro 630.711.554,00;

Con il decreto 29 maggio 2015 n. 6168 il Capo Dipartimento per le Libertà Civili e l’Immigrazione del Ministero dell’Interno designa, quale Autorità responsabile del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione, il Vice Capo Dipartimento Vicario, prefetto Angelo Malandrino;

Con il decreto 24 dicembre 2015 n. 19738 dell’ Autorità responsabile del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 con il quale vengono destinate alla realizzazione di interventi “a valenza territoriale” le risorse finanziarie complessive pari ad euro 63.000.000,00 così ripartite:

- euro 5.750.000,00 per l’OS 1/ON 1/Azione lett.c): “Potenziamento del sistema di 1 e 2° accoglienza” – Completamento del percorso di autonomia dei titolari di protezione internazionale, intrapreso nel circuito di accoglienza SPRAR, attraverso la definizione e realizzazione di un piano individuale che preveda interventi mirati di inserimento socio-economico”;

- euro 8.500.000,00 per l’OS 1/ON 1/Azione lett.c): “Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza” – Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psicosanitaria attraverso il rafforzamento delle competenze istituzionali”;

- euro 1.200.000,00 per l’OS 1/ON 1/Azione lett.b): “Azioni volte a rafforzare la protezione dei minori migranti che giungono in Italia, siano essi separati o accompagnati da genitori. Attività di formazione e capacity building rivolti a tutti i soggetti impegnati nella gestione dei flussi migratori a favore di minori”;

- euro 24.000.000,00 per l’OS 2/ON 2/Azione lett.h): “Piani regionali per la formazione civico linguistica”;

- euro 2.500.000,00 per l’OS 2/ON 2/Azione lett.h): “Servizi sperimentali di formazione linguistica”;

- euro 3.000.000,00 per l'OS 2/ON 3/Azione lett.j): "Capacity building – potenziamento delle competenze degli operatori pubblici in materia di servizi per l'integrazione dei migranti";
- euro 2.750.000,00 per l'OS 2/ON 3/Azione lett.l): "Potenziamento dei servizi previsti all'interno della rete antidiscriminazioni";
- euro 2.500.000,00 per l'OS 2/ON 3/Azione lett.m): "Promozione del confronto tra le politiche per l'integrazione sviluppate in Italia e in altri Stati Membri";
- euro 12.800.000,00 per l'OS 3/ON 2/Azione lett.g): "Operazioni di Rimpatrio Volontario Assistito e Reintegrazione".

LA RICADUTA SULLA REGIONE

Con il suddetto decreto sono adottati gli Avvisi pubblici per la presentazione di progetti a valenza territoriale finanziati a valere sul Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), pubblicati sul sito www.interno.gov.it;

Le Regioni possono partecipare in qualità di Soggetti proponenti e/o in partenariato con altri soggetti pubblici e organismi del privato sociale, ai seguenti Avvisi:

- "Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza" – Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psicosanitaria attraverso il rafforzamento delle competenze istituzionali" euro 8.500.000,00;
- Azioni volte a rafforzare la protezione dei minori migranti che giungono in Italia, siano essi separati o accompagnati da genitori. Attività di formazione e capacity building rivolti a tutti i soggetti impegnati nella gestione dei flussi migratori a favore di minori" euro 1.200.000,00;
- "Piani regionali per la formazione civico linguistica" euro 24.000.000,00;
- "Capacity building – potenziamento delle competenze degli operatori pubblici in materia di servizi per l'integrazione dei migranti" euro 3.000.000,00;
- "Potenziamento dei servizi previsti all'interno della rete antidiscriminazioni" euro 2.750.000,00;
- "Promozione del confronto tra le politiche per l'integrazione sviluppate in Italia e in altri Stati Membri" euro 2.500.000,00;
- "Operazioni di Rimpatrio Volontario Assistito e Reintegrazione" euro 12.800.000,00;

I DATI DI CONOSCENZA

Secondo i dati Istat, al 1 gennaio 2015 la popolazione straniera residente nel territorio della Regione Lazio corrisponde a 636.524 unità, pari al 10,8% della popolazione residente e che, a seguito della persistente pressione migratoria, alla data del 23 novembre 2015 - secondo gli ultimi dati del Ministero dell'Interno- sono ospitati nelle strutture di accoglienza governative istituite sul territorio regionale, n. 8.457 migranti di cui 3.070 presenti nelle strutture temporanee, 789 nel CARA di Castelnuovo di Porto e 4.598 nella rete SPRAR, con una percentuale di presenza pari all'8% del totale nazionale, percentuale che colloca il Lazio al terzo posto per accoglienza, dopo Lombardia (13%) e Sicilia (11%);

IL RUOLO DELLA REGIONE E L'AZIONE SVOLTA

La Regione Lazio - Direzione Politiche Sociali - Area Politiche Migratorie e Integrazione Sociale, in qualità di ente capofila ha già presentato al Ministero dell'Interno – Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione, il progetto PRILS LAZIO (Piano Regionale d'integrazione linguistica e sociale degli stranieri nel Lazio) avente l'obiettivo di favorire l'integrazione linguistica e sociale dei cittadini di Paesi terzi residenti sul territorio della Regione, e che il progetto è stato finanziato nell'ambito del Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi terzi (FEI) nelle annualità 2011, 2012, 2013;

La Regione Lazio in risposta ad appositi avvisi emanati dal Ministero dell'Interno ha già presentato, in anni precedenti, i seguenti progetti:

- Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013, Annualità 2011 (FER- 2011 - Azione 1) progetto "IN.SE.RI.RE Integrazione socio economica dei richiedenti/titolari di protezione internazionale nella Regione Lazio", finanziato con euro 470.000,00 di cui euro 235.000,00 quale quota comunitaria, € 118.000,00 quale quota dello Stato ed euro 117.000,00 quale quota di cofinanziamento regionale;

- Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di Paesi Terzi (FEI) - Azione 7 – Rete Nazionale Antidiscriminazioni - Capacity Building - Annualità 2012, progetto “Retes Lazio contro la discriminazione dei cittadini stranieri del costo complessivo di Euro 84.185,00 (comprensivo del cofinanziamento regionale rappresentato dalla valorizzazione delle risorse interne per un importo di Euro 4.050,00), interamente finanziato nell’ambito del Fondo FEI;
- Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di Paesi terzi (FEI) – Annualità 2013-Azione 9-Capacity building - progetto denominato “BUILDING LAZIO: Formazione, Immigrazione, Pubbliche Amministrazioni” per l’importo di euro 275.391,32;

LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La partecipazione agli Avvisi emanati dal Ministero dell’Interno, a valere sul fondo FAMI, costituisce una opportunità per la realizzazione di interventi incisivi sul territorio in materia di immigrazione, anche al fine di dare continuità alle azioni realizzate con i progetti già finanziati sui fondi FEI e FER sopra indicati-

La presentazione di proposte progettuali a valere sul fondo FAMI non necessita del cofinanziamento regionale;

IL RUOLO DELL’ASAP

Con la L.R. 18 febbraio 2002, n. 6, art. 27 “la Regione, in attuazione dei principi di cui all’articolo 2, comma 3, lettera b) ed ai sensi dell’articolo 194, comma 5, della legge regionale 6 agosto 1999, n. 14, promuove la costituzione di una associazione denominata “Agenzia per lo sviluppo delle amministrazioni pubbliche” (ASAP), quale strumento di innovazione organizzativa, formazione, aggiornamento, qualificazione e perfezionamento del personale dipendente della Regione e degli enti locali”.

L’ASAP è costituita dalla Regione Lazio e dall’Istituto Arturo Carlo Jemolo, ente sub regionale, è un’associazione della Regione Lazio con personalità giuridica di diritto privato regolarmente iscritta al n. 168 del R.R.P.G. (Registro Regionale Personalità Giuridiche) di cui alla determinazione dirigenziale 10gennaio 2007 n. A0027;

L’Associazione “Agenzia per lo Sviluppo delle Amministrazioni Pubbliche (ASAP)”:

- è un ente strumentale della Regione Lazio a totale partecipazione pubblica, la cui attività è finanziata interamente dalla Regione e, dunque, ricompreso tra le amministrazioni aggiudicatrici previste dall’art. 3, commi 25 e 26, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163;
- è sottoposta a controllo e vigilanza della Regione e pertanto nei suoi confronti sussiste di fatto un rapporto equivalente ad una relazione di subordinazione gerarchica;
- non opera nel libero mercato, ma pone in essere attività coperta dal finanziamento annuale a carico del bilancio regionale, per cui non sussiste la possibilità di alterare in alcun modo la libera concorrenza del mercato;
- opera esclusivamente con gli enti costituenti, realizzando la propria attività per conto della Regione;
- risponde ai requisiti di competenza secondo un criterio di alta professionalità con particolare riguardo ai servizi erogati alla Regione per la realizzazione di attività formative rivolte al personale regionale.

Viene ritenuto utile avvalersi del supporto tecnico dell’Agenzia per lo sviluppo delle amministrazioni pubbliche (ASAP) per la partecipazione agli Avvisi del Ministero dell’Interno, adottati con il decreto n. 19738 del 24 dicembre 2015 sopra indicato, a valere sul fondo FAMI 2014-2020, in tutte le fasi progettuali delle proposte che saranno presentate e di seguito indicate:

- A) Progettazione: definizione dell’obiettivo progettuale - costituzione del partenariato di progetto - preparazione del progetto e invio della richiesta di finanziamento
- B) Attuazione e Monitoraggio (quantitativo e qualitativo): start-up di progetto (fase preliminare all’avvio di progetto) - gestione degli aspetti finanziari – monitoraggio (fase di attuazione di progetto) - creazione del faldone cartaceo ed elettronico di progetto - incontri di gestione a cadenza periodica - affidamenti esterni (soggetti ttuatori) - schede di monitoraggio - rapporto intermedio -

Eventuali modifiche del progetto successive all'approvazione C) Valutazione (fase finale di progetto)

D) Reporting finale (fase di chiusura di progetto)

E) Pubblicità

F) Attività successive alla presentazione del rapporto finale

LA DISPOSIZIONE

Viene stabilito di:

1. di partecipare in qualità di Soggetto proponente e/o in partenariato con altri soggetti pubblici e organismi del privato sociale, agli Avvisi del Ministero dell'Interno, adottati con decreto 24 dicembre 2015 n. 19738 dell' Autorità responsabile del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 di seguito descritti:

- Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza” – Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psicosanitaria attraverso il rafforzamento delle competenze istituzionali;

- Azioni volte a rafforzare la protezione dei minori migranti che giungono in Italia, siano essi separati o accompagnati da genitori. Attività di formazione e capacity building rivolti a tutti i soggetti impegnati nella gestione dei flussi migratori a favore di minori;

- Piani regionali per la formazione civico linguistica;

- Capacity building – potenziamento delle competenze degli operatori pubblici in materia di servizi per l'integrazione dei migranti;

- Potenziamento dei servizi previsti all'interno della rete antidiscriminazioni;

- Promozione del confronto tra le politiche per l'integrazione sviluppate in Italia e in altri Stati Membri;

- Operazioni di Rimpatrio Volontario Assistito e Reintegrazione;

2 di avvalersi, per la partecipazione ai suddetti Avvisi, del supporto tecnico dell' Agenzia per lo sviluppo delle amministrazioni pubbliche (ASAP) in tutte le fasi progettuali delle proposte che saranno presentate e di seguito indicate:

A) Progettazione: - definizione dell'obiettivo progettuale - costituzione del partenariato di progetto - preparazione del progetto e invio della richiesta di finanziamento

B) Attuazione e Monitoraggio (quantitativo e qualitativo): start-up di progetto (fase preliminare all'avvio di progetto) - gestione degli aspetti finanziari – monitoraggio (fase di attuazione di progetto) - creazione del faldone cartaceo ed elettronico di progetto - incontri di gestione a cadenza periodica - affidamenti esterni (soggetti attuatori) - schede di monitoraggio - rapporto intermedio - Eventuali modifiche del progetto successive all'approvazione

C) Valutazione (fase finale di progetto)

D) Reporting finale (fase di chiusura di progetto)

E) Pubblicità

F) Attività successive alla presentazione del rapporto finale

MARCHE

DGR 15.2.16, n. 115 - F.A.M.I. - Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014/2020 - Adesione a proposte progettuali regionali a valere sugli Obiettivi Specifici OS1 “Asilo”, OS2 “Integrazione e Migrazione legale”, OS3 “Rimpatrio”. (BUR n. 29 del 4.3.16)

Note

Viene autorizzato il Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport o suo delegato a rispondere agli avvisi dell'Autorità Responsabile del FAMI (**Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014/2020**) – Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione e all'Autorità Delegata – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, **sugli Obiettivi Specifici OS1 “Asilo”, OS2 “Integrazione e Migrazione legale”, OS3 “Rimpatrio”, ovvero a presentare proposte di adesione alle reti di partenariato, a valere sui medesimi Obiettivi Specifici.**

PUGLIA

DGR 23.2.16, n. 144 - Approvazione Schema di Convenzione tra Regione Puglia e Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali (IPRES) per la realizzazione delle attività di supporto alla programmazione, al monitoraggio ed alla valutazione delle politiche regionali per l'inserimento socio-lavorativo degli immigrati. Rettifica parziale. (BUR 23 dell'8.3.16)

Note**PREMESSA**

- Con Delibera n. 1518/2015, la Giunta Regionale ha approvato l'adozione del modello organizzativo denominato "MAIA".
- Con Decreto n. 443/2015, il Presidente della Giunta Regionale ha adottato l'Atto di Alta Organizzazione della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 42, comma 2, lett. h), dello Statuto della Regione Puglia.
- Il predetto DPGR istituisce, presso la Presidenza della Giunta Regionale, la Sezione "Sicurezza del cittadino, politiche per le migrazioni ed antimafia sociale", con il compito di coordinare le attività relative ai temi di propria competenza.
- Il disegno organizzativo previsto si articola su tre ambiti, ciascuno dei quali sviluppa una tematica e, specificamente:
 - a) Sicurezza del cittadino
 - *promuove il riordino della legislazione regionale in materia di polizia locale e la implementazione di tutte quelle misure dirette ad aumentare il livello di sicurezza della cittadinanza in collaborazione con le Istituzioni dei settori Giustizia e Sicurezza nel pieno rispetto delle normative vigenti e delle prerogative che l'ordinamento giuridico attribuisce alle Amministrazioni dello Stato; individua e analizza le best practices internazionali e nazionali in materia di rafforzamento della sicurezza, oggettiva e percepita, anche mediante la collaborazione con enti e centri di ricerca.*
 - b) Politiche per le migrazioni
 - *predisporre il Piano triennale per l'immigrazione; programma, anche di concerto con i sindacati e le associazioni, gli interventi per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati; sviluppa azioni innovative e formula proposte progettuali a valere su fondi regionali, nazionali e comunitari; monitora e valuta i flussi migratori e le condizioni di vita dei migranti; individua in collaborazione con le Istituzioni nazionali ed internazionali competenti per materia le azioni da porre in essere per la tutela e l'accoglienza dei migranti.*
 - e) Antimafia sociale
 - *provvede alla redazione del Piano triennale di prevenzione della criminalità organizzata; elabora, anche mediante il coinvolgimento degli Enti locali, dei sindacati e delle associazioni, le misure atte ad un più efficace riutilizzo dei beni confiscati alla criminalità organizzata; individua, anche di concerto con le associazioni di categoria, le azioni da realizzare a tutela delle vittime dei reati mafiosi, con particolare riferimento alle vittime di usura e di estorsione ed ai familiari delle vittime innocenti delle mafie; procede all'accreditamento degli Enti che intendono proporsi per accogliere i volontari del Servizio Civile, alla valutazione dei progetti che vengono presentati in occasione dei bandi nazionali, all'organizzazione dei percorsi formativi delle figure coinvolte, al controllo del regolare svolgimento delle attività; elabora e monitora la realizzazione di attività di prevenzione sociale comunitarie.*

LE AZIONI DI POTENZIAMENTO E DCI SVILUPPO

Per implementare le azioni sui diversi ambiti di intervento e conciliare efficacia ed efficienza con il carattere sperimentale delle attività previste, viene ritenuto utile avvalersi di specifiche funzioni di affiancamento e supporto tecnico-scientifico agli uffici regionali. In particolare, le diverse azioni saranno accompagnate da attività di ricerca a supporto della fase di progettazione degli interventi e di accompagnamento e assistenza tecnica nella fase di coordinamento, attuazione e gestione amministrativa delle attività.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato lo “*Schema di Convenzione*” tra Regione Puglia e dell’Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali (**IPRES**) (*allegato “A” al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso*), per l’affidamento all’IPRES delle suddette attività, delle metodologie, dei risultati e dei rapporti da realizzare, con un costo complessivo di euro 116.117,00, IVA inclusa se dovuta.; di dare mandato al dirigente della Sezione Sicurezza del cittadino, politiche per le migrazioni ed antimafia sociale per la sottoscrizione della convenzione regolante i rapporti con l’IPRES, previa adozione dell’impegno di spesa.

MINORI

CAMPANIA

DGR 15.2.16, n. 41 - Costituzione dell'osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in regione Campania. (BUR n. 16 del 9.3.16)

Note

PREMESSA

La legge 23 dicembre 1997, n. 451 ha istituito Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza; b) la Regione Campania con la DGR 5747/2000 ha istituito l'Osservatorio Regionale Permanente sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza ai sensi della legge 451/1997.

Con D.P.R. 14 maggio 2007, n. 103 è stato approvato il Regolamento recante riordino dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia, a norma dell'articolo 29 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248.

L'articolo 1, comma 4 del DPR 14 maggio 2007, n. 103, prevede che le regioni, in accordo con le amministrazioni provinciali e le province autonome di Trento e di Bolzano, adottano idonee misure di coordinamento degli interventi locali di raccolta e di elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale. In particolare, entro il 30 aprile di ciascun anno, sono acquisiti i dati relativi a: a) la condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dell'infanzia e dell'adolescenza; b) le risorse finanziarie e la loro destinazione per aree di intervento nel settore; c) la mappa dei servizi territoriali e le risorse attivate dai privati.

L'art. 27, comma 1 della legge regionale 23 Ottobre 2007, n. 11 “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328” prevede tra le aree di intervento quelle della responsabilità familiari e dei diritti dei minori.

L'articolo 27, comma 3, della legge regionale n. 11/2007, prevede che la Regione istituisca per ciascuna area d'intervento sociale appositi organismi di consultazione, rappresentativi delle formazioni sociali e dei soggetti del terzo settore.

IL NUOVO OSSERVATORIO

Il nuovo Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Regione Campania ha la finalità di:

- a) soddisfare l'esigenza di conoscere il panorama della condizione dei bambini e degli adolescenti sul territorio regionale;
- b) ottimizzare la promozione dei diritti e delle opportunità dei soggetti in età evolutiva;
- c) identificare le aree di rischio, rilevare i bisogni e verificare la rispondenza tra i bisogni e i servizi offerti;

Vengono attribuiti all'Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza i seguenti obiettivi: fornire un idoneo supporto all'Amministrazione Regionale ed alle Amministrazioni Locali nelle funzioni di programmazione e verifica dei servizi ed interventi per l'infanzia l'adolescenza di rispettiva competenza; garantire la diffusione dell'informazione e della conoscenza delle condizioni dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché della legislazione in materia, sia agli enti istituzionali che agli altri organismi impegnati nel settore, attraverso iniziative di informazione, servizi di documentazione e monitoraggio; assicurare il coordinamento con l'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza; promuovere, se opportuno, ricerche "ad hoc" ed approfondimenti tematici su aree particolarmente problematiche, servizi innovativi o

sperimentazioni in corso; organizzare iniziative e manifestazioni di sensibilizzazione e promozione dei diritti dell'infanzia; valorizzare e diffondere la conoscenza delle esperienze progettuali più significative avviate in Campania; fornire i dati volti all'elaborazione della relazione annuale sulle condizioni dell'infanzia e dell'adolescenza.

LA COMPOSIZIONE DELL'OSSERVATORIO

L' Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza abbia la seguente composizione:

- a) l'Assessore regionale alle politiche sociali o suo delegato, con la funzione di presidente
- b) il Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- c) il Direttore della Direzione generale per le politiche sociali, le politiche culturali, le pari opportunità e il tempo libero o suo delegato;
- d) il direttore o suo delegato della D.G. per l'Istruzione, la formazione, il lavoro e le politiche giovanili;
- e) il direttore o suo delegato della D.G. per la Tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale;
- f) il direttore o suo delegato della D.G. per l'Università, la ricerca e l'innovazione;
- g) un rappresentante dell'ANCI Campania; h) un rappresentante del Centro di Giustizia Minorile
- i) cinque membri rappresentanti delle associazioni e/o del mondo della cooperazione sociale che tutelano i diritti dei minori più rappresentative a livello nazionale e maggiormente radicate a livello regionale con esperienza documentata di almeno tre anni nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza;
- l) un membro in rappresentanza del Forum del Terzo Settore;
- m) il dirigente o suo delegato della U.O.D. 02 "Welfare dei servizi e pari opportunità" n) un funzionario della U.O.D. 02, "Welfare dei servizi e pari opportunità" con funzioni di assistenza tecnica

I TAVOLI DI LAVORO

L'Osservatorio costituirà tavoli di lavoro specifici per tematiche a) famiglia e minori b) adozione nazionale e internazionale c) abuso e maltrattamento sui minori ai quali sono invitati a partecipare, dall'Assessore regionale alle politiche sociali, soggetti o istituzioni del territorio nonché esperti del settore, in relazione alle specifiche aree di competenza o singole tematiche all'attenzione dell'Osservatorio.

La durata della carica dei componenti dell'Osservatorio coincie con quella del Consiglio regionale e che la partecipazione ad esso sia a titolo gratuito, senza dare titolo ad alcun compenso o rimborso spese

Viene rinviata e la nomina dei componenti dell'Osservatorio regionale a successivo Decreto del Presidente della Giunta;

MARCHE

DGR 15.2.16, n. 99 - Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra la Regione Marche e gli Ambiti Territoriali Sociali 16-17-18, l'Ombudsman, il Tribunale per i Minorenni di Ancona, l'Ufficio Scolastico Provinciale di Ancona, i Dirigenti degli Istituti Scolastici degli ATS 16-17-18. L'Asur Area Vasta 3, e Associazioni del privato sociale, per l'attuazione del programma di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (BUR n. 29 del 4.3.16)

Note

Viene approvato lo schema di protocollo d'intesa, di cui all'Allegato A), che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, da sottoscrivere tra la Regione Marche e gli Ambiti Territoriali Sociali 16-17-18, l'Ombudsman, il Tribunale per i Minorenni di Ancona, l'Ufficio Scolastico Provinciale (a cui si rinvia)

TOSCANA

DGR 16.2.16, n. 82 - Approvazione degli elementi essenziali dell'avviso regionale finalizzato al sostegno dell'offerta di servizi per la prima infanzia (3-36 mesi) per l'anno educativo 2016/2017. (BUR n. 9 del 2.3.16)

MOZIONE 17 febbraio 2016, n. 200 - In merito alla nuova attivazione di un bando per l'assegnazione di contributi finalizzati alla realizzazione di soggiorni residenziali estivi per bambini e ragazzi. (BUR n. 9 del 2.3.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- fino al 2014 la Regione Toscana ha promosso dei bandi per l'assegnazione di contributi finalizzati alla realizzazione di soggiorni residenziali estivi per bambini e ragazzi di età inferiore ai 18 anni, organizzati e svolti da enti senza scopo di lucro;
- il ruolo svolto da associazioni ed enti senza scopo di lucro ha favorito percorsi formativi e di aggregazione rivolgendo particolare attenzione alle famiglie con un basso reddito, consentendo, anche grazie al contributo regionale erogato, la partecipazione di bambini ed adolescenti che non avrebbero altrimenti potuto partecipare a dette attività;
- la promozione di contesti nei quali i bambini, gli adolescenti e giovani si possono incontrare ed intrattenere per sviluppare competenze e percorsi di aggregazione, cittadinanza attiva ed integrazione risultano di centrale importanza, in quanto garantiscono alle famiglie un servizio di cura nei momenti di chiusura delle scuole.

Rilevato che:

- l'allegato A del decreto dirigenziale 23 settembre 2014, n. 4176 evidenzia come tale contributo servì a sostenere l'attività svolta da 40 enti senza scopo di lucro, per un complessivo di 813 giornate che hanno visto la partecipazione di 2731 bambini e ragazzi di età inferiore ai 18 anni;
- per l'anno 2014 il bando per l'assegnazione di contributi finalizzati alla realizzazione di soggiorni residenziali per bambini e ragazzi di età inferiore ai 18 anni prevedeva un importo di euro 300.000.

Considerato che:

- l'attività svolta da associazioni ed enti senza scopo di lucro, al fine di organizzare i soggiorni estivi di cui in oggetto, richiede uno sforzo organizzativo ed economico che evidenzia la necessità di un contributo regionale con periodicità costante;
- la mancanza di detto contributo metterebbe di fatto a rischio la realizzazione di questi percorsi educativi, con conseguenze negative che ricadrebbero in primo luogo sui bambini e i ragazzi beneficiari ultimi delle misure previste.

Ritenuto che:

- le associazioni ed enti senza scopo di lucro svolgano un ruolo sociale importante per tutta la comunità toscana favorendo, nell'ambito della loro complessa attività, anche quei soggetti che possiamo definire economicamente svantaggiati;
- la Regione Toscana si è da sempre distinta, da una parte, in materia di organizzazione di attività educative di alto profilo e, dall'altra, in attività di sostegno diretto a quegli enti senza scopo di lucro.
- dette attività, in relazione alla natura degli enti organizzatori, si inseriscono pienamente nell'ambito delle iniziative per il welfare sociale regionale (interventi in materia di infanzia, giovani e famiglie, marginalità sociali) proprie dell'Assessorato regionale al diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio – sanitaria.

IMPEGNA**LA GIUNTA REGIONALE**

a promuovere, in continuità con le misure ricordate in narrativa, anche mediante gli strumenti di programmazione disciplinanti le politiche di settore di cui alla legge regionale 7 gennaio 2005 n. 1 (Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008), un bando per l'assegnazione di contributi regionali

finalizzati alla realizzazione di soggiorni residenziali per bambini e ragazzi di età inferiore ai 18 anni, organizzati da enti senza scopo di lucro, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili e da inquadrarsi opportunamente nelle iniziative a favore del welfare sociale regionale; ad attivarsi contestualmente per semplificare le pratiche burocratiche a cui i beneficiari del bando saranno sottoposti in sede di presentazione delle domande al fine di garantire l'accesso a tali misure anche alle piccole realtà operanti nel settore.

DGR 23.2.16, n. 112 - “Pronta accoglienza gestante o madre con bambino - E Pluribus Unum - presso la Comunità Coniugi Ciampi di Massa”. Approvazione di un modello di sperimentazione.

Note

Il progetto presentato dalla Conferenza zonale dei sindaci della Zona Apuane, con nota del 27/1/2015, acquisito con protocollo regionale al numero 19410/S.050.030, di cui all'allegato sub “A”, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, concerne la sperimentazione di un modello di “Pronta accoglienza gestante o madre con bambino - E pluribus unum – presso la comunità, Coniugi Ciampi di Massa”, quest'ultima regolarmente autorizzata ed accreditata.

L'obiettivo specifico del progetto di sperimentazione consiste nel prevedere all'interno della tipologia di comunità denominata - ai sensi dell'art. 21, lett. f) della legge regionale 41/2005 - “Casa di accoglienza e gruppo appartamento”, dedicata a madri/padri-bambino, un modello di accoglienza e di protezione rivolto anche all'inserimento a carattere di urgenza, attualmente non contemplato nella normativa regionale di riferimento.

La proposta progettuale presenta i seguenti elementi qualificanti:

- sviluppo di un percorso di intervento che amplia il quadro dell'offerta rappresentata dal sistema dei servizi attivati per sostenere il percorso di crescita dei minori e la promozione di un adeguato ruolo genitoriale;

- possibilità di provvedere, con tale modello, alle richieste, a carattere di urgenza, inoltrate anche dalle Forze dell'ordine, a fronte della necessità di intervenire tempestivamente in situazioni di gravi conflittualità familiari ovvero di forte trascuratezza e disagio, nonché di necessità di agire in tempi stretti tali da impedire l'elaborazione di una specifica progettualità;

La sperimentazione all'interno della comunità “Coniugi Ciampi” di Massa, fermo restando il rispetto dei requisiti previsti in fase di autorizzazione, si concretizza:

- nell'attivazione di un posto in pronta accoglienza per madri con figli, adeguato dal punto di vista strutturale e di gestione degli spazi;

- nel rafforzamento delle funzioni professionali, assicurate da un referente del progetto sperimentale, un educatore referente del caso in pronta accoglienza, un animatore di comunità ed uno psicologo;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'avvio del progetto di sperimentazione “Pronta accoglienza gestante o madre con bambino – E pluribus unum - presso la comunità Coniugi Ciampi di Massa”, di cui all'allegato “A”, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;

Il progetto sopra citato è sperimentato per un anno;

La Conferenza Zonale dei Sindaci della Zona Apuane è tenuta a produrre delle relazioni semestrali sull'andamento del progetto, con particolare attenzione al monitoraggio dei casi accolti ed ai relativi progetti personalizzati attivati, nonché agli esiti in termini di sostenibilità del modello di intervento e di integrazione delle funzioni assicurate dalla comunità;

L'attività di monitoraggio del progetto “Pronta accoglienza gestante o madre con bambino - E pluribus unum – presso la comunità, Coniugi Ciampi di Massa”, verrà svolta, dalla competente commissione multidisciplinare, di cui all'art. 20, comma 3 della legge regionale n. 41/2005 in collaborazione con la commissione regionale di cui alla deliberazione GR n. 83 del 16 febbraio 2016.

SEGUE ALLEGATO

(a cui si rinvia)

DGR 1.3.16, n. 136 - Approvazione accordo di collaborazione tra Regione Toscana e CONI Comitato Toscana per l'accesso di giovani in età scolare, in situazione di disagio economico, alla pratica dell'attività motoria e sportiva.

Note

PREMESSA

La L.R. 21 del 27 febbraio 2015 “Promozione della cultura e della pratica delle attività sportive e ludico-motorie-ricreative e modalità di affidamento degli impianti sportivi”, in particolare all'art.1, comma 3, lettera a) della citata legge ove, fra le finalità della stessa, stabilisce che l'attività fisica è un diritto fondamentale dei cittadini toscani di ogni fascia d'età.

All'art. 2 della citata legge regionale 21/2015, comma 1, la Regione Toscana, è previsto come obiettivi vo al punto d, “l'inclusione sociale”.

Le leggi regionali e gli atti regionali attinenti sono:

- la L.R.26 luglio 2002, n.32 “Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro”;
- la L.R.21 settembre 2011, n.44 – Disposizioni per il sostegno e il rilancio dell'economia toscana;
- il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2016 che prevede che l'intervento contribuisce alla realizzazione degli obiettivi del progetto regionale 17 “Giovanisì”;

Con DCR 21.02.2012, n. 18 è stato approvato il Piano Regionale per la promozione della cultura e della pratica all'attività sportiva e motorio ricreativa, quadriennio 2012-2015.

Nel suddetto Piano sono previsti al 1.7.5.1, comma 1, come progetti ammissibili di interesse regionale, quelli relativi alla “Divulgazione ed alla pratica applica zione in età scolare dei principi enunciati nella Carta Etica dello Sport e del Progetto - Guadagnare Salute”.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato 2012-2015 (PSSIR) della Regione Toscana,al punto 2.1.1. “Gli stili di vita e la salute – per favorire l'attività fisica”, prevede azioni volte a facilitare il contatto con operatori sportivi di varie discipline e l'accessibilità a servizi sportivi, nonché volte ad attivare relazioni con associazionismo sportivo e volontariato, con particolare attenzione alle categorie socialmente svantaggiate, e a divulgare ed applicare i principi della “Carta Etica dello Sport” della Regione Toscana, edal punto 2.1.5.3 “I giovani protagonisti del proprio futuro”, prevede tra gli altri l'obiettivo di intervenire nell'area extra scolare, stabilendo intese con attori significativi della comunità dove si interviene (associazioni sportive, ricreative, palestre, parrocchie, ecc.).

Con D.G.R.n.729 del 29.08.2011, la Regione toscana ha approvato la Carta Etica dello Sport, in cui tra l'altro l'art.5 recita: “La pratica dello sport è componente essenziale nel processo educativo;

E' demandato alle singole Federazioni Sportive, Enti di Promozione e Società Sportive aderire con delibera del proprio organo di direzione alla Carta Etica stessa;

E' proprio nella fase giovanile e adolescenziale, che l'impossibilità per la pratica dell'attività motoria e sportiva è motivo di allontanamento dal collante sociale ed educativo, con conseguenze non sempre ricomponibili in successivi percorsi.

L'obiettivo 1.7.5 del piano regionale sopra citato, relativo ai Progetti di interesse regionale, e in particolare il paragrafo 1.7.5.1, prevede come obiettivo il facilitare scambi di esperienza in materia sportiva in ambito nazionale ed internazionale.

IL RUOLO DEL CONI

Il CONI:

- ha il compito di promuovere ed attuare le proprie attività nello spirito di un'attenta e sana politica di educazione e lealtà sportiva;
- presiede, cura e coordina le attività sportive nazionali e detta i principi in materia di: disciplina delle attività e tutela della salute degli atleti, promozione dell'attività sportiva (ferma la competenza della Regione), diseguaglianze e discriminazione nello sport, tesseramento, dimensione economica dello sport, formazione degli atleti di alto livello, prevenzione all'uso di sostanze dopanti e giustizia sportiva;

- promuove la massima diffusione della pratica sportiva (ferma la competenza della Regione) e lo sport giovanile, previene e reprime l'uso di sostanze dopanti, cura la preparazione degli atleti, la formazione dei quadri tecnici e dirigenti delle Federazioni sportive azionali (FSN) e delle Discipline sportive associate (DSA), nonché Ente preposto al riconoscimento degli Enti di Promozione Sportiva (EPS) e delle Associazioni Benemerite (AB);
- riconosce gli Enti di promozione sportiva a livello regionale, che hanno per fine istituzionale la promozione e organizzazione di attività fisico-sportive con finalità ricreative e formative e che svolgono le loro funzioni nel rispetto dei principi, delle regole e delle competenze del CONI, delle Federazioni sportive nazionali e delle Discipline sportive associate;
- promuove l'attività sportiva di carattere agonistico realizzata tramite l'attività delle Federazioni sportive nazionali (FSN) e delle Discipline sportive associate (DSA), inoltre, d'intesa con il CIP (Comitato Paralimpico Italiano) la pratica sportiva e ludico-motoria fra i disabili;
- detiene ed aggiorna il Registro Nazionale delle Associazioni e Società Sportive dilettantistiche; Tenuto conto che la Regione Toscana:
 - ha interesse ad incrementare la pratica delle attività motorie e sportive nei giovani in età scolare;
 - intende promuovere e coordinare gli interventi di politica sociale per la diffusione della pratica delle attività motorie e dello sport, quale strumento di inclusione sociale e crescita culturale dell'individuo;
 - stimola la cultura e della pratica delle attività motorie, ricreative e sportive, favorendo in particolare quei giovani che non hanno disponibilità economiche per praticare attività motorie e discipline sportive;
 - sviluppa l'integrazione con gli interventi relativi alle politiche educative, formative e culturali,
 - promuove lo sviluppo dell'associazionismo che ha per obiettivo la prevenzione ed al superamento delle condizioni di disagio sociale derivante da economico;
 - riconosce nell'attività sportiva e motorio ricreativa uno strumento strategico per la crescita e lo sviluppo della cittadinanza toscana;
 - promuove stili di vita attivi attraverso il movimento e l'attività fisica quotidiana, per contrastare la sedentarietà, il sovrappeso e l'obesità, per tutte le età, attraverso azioni di sensibilizzazione e proposte tese a diffondere la cultura del movimento;

LO SPORT, IL DISAGIO ECONOMICO E L'ISEE

La D.G.R.n. 989 del 19.10.2015, prevede:

- di approvare l'assegnazione alle società sportive dilettantistiche toscane, in possesso dei requisiti minimi di seguito descritti, di contributi straordinari relativi al sostegno per l'inserimento di giovani provenienti da famiglie con disagio economico;
- di delegare al CONI Toscana, l'individuazione delle società sportive in possesso dei requisiti per accedere alle misure di sostegno sopra ipotizzate e comunque in possesso dei seguenti parametri minimi:
 - Adesione alla Carta Etica dello Sport della Regione Toscana;
 - Avere fra i propri iscritti almeno 5 ragazzi in età scolare ai quali viene consentita la pratica sportiva gratuita in quanto provenienti da famiglie in stato di disagio economico, valutato tramite lo strumento dell'ISEE;
 - Praticare la polidisciplinarietà;
 - Compartecipare ai costi, connessi alla partecipazione dell'attività sportiva; in particolare il tesseramento, l'assicurazione e, dove occorra, per il costo della certificazione medica prevista per la disciplina praticata;

L'ENTITA' DELL'ISEE

E' necessario che i giovani ammessi alle attività motorie e sportive presentino un ISEE non superiore a 18.000.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvare l'assegnazione alle società sportive dilettantistiche toscane, in possesso dei requisiti minimi di seguito descritti, di contributi straordinari relativi al sostegno per l'inserimento di giovani provenienti da famiglie con disagio economico;

Viene delegata al CONI Toscana, tramite sottoscrizione di accordo di collaborazione in premessa descritto (allegato A), l'individuazione delle società sportive in possesso dei requisiti per accedere alle misure di sostegno sopra ipotizzate e comunque in possesso dei seguenti parametri minimi:

- Adesione alla Carta Etica dello Sport della Regione Toscana;
- Avere fra i propri iscritti almeno 5 ragazzi in età scolare ai quali viene consentita la pratica sportiva gratuita in quanto provenienti da famiglie in stato di disagio economico, valutato tramite lo strumento dell'ISEE;
- Praticare la polidisciplinarietà;
- Compartecipare ai costi, connessi alla partecipazione dell'attività sportiva; in particolare il tesseramento, l'assicurazione e, dove occorra, per il costo della certificazione medica prevista per la disciplina praticata;

Vengono fatti partecipare gratuitamente alle attività motorie e sportive i giovani che presentino un ISEE non superiore a 18.000;

Viene assegnare la somma complessiva di Euro 770.000,00 a favore di quelle società polisportive che, a seguito di apposita verifica ed individuazione eseguita da CONI Toscana dimostrino per l'anno sportivo 2016 di avere correttamente adottato la Carta Etica dello Sport e che abbiano inserito e fatto svolgere normale attività sportiva ad almeno 5 giovani in età scolare provenienti da famiglie con disagio economico e che compartecipino ai costi connessi alla partecipazione dell'attività sportiva.

Viene approvare lo schema di Accordo di Collaborazione tra Regione Toscana e CONI Regionale Toscana, contenuto nell'allegato A) alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale di essa.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

TRA

REGIONE TOSCANA

E

CONI COMITATO REGIONALE TOSCANA

Per l'accesso di giovani in età scolare, in situazione di disagio economico, alla pratica dell'attività motoria e sportiva

__ Regione Toscana - con sede in Firenze, Piazza Duomo 10, codice fiscale 01386030488 rappresentata dall'Assessore Dott.ssa Stefania Saccardi

__ CONI Comitato Regionale Toscano - con sede in Firenze, Viale Milton 99, codice fiscale 01405170588, rappresentata dal Presidente, Dott.Salvatore Sanzo,

PREMESSO CHE

Visto la legge regionale 27 febbraio 2015 n.21 "Promozione della cultura e della pratica delle attività sportive e ludico-motorie-ricreative e modalità di affidamento degli impianti sportivi" ed in particolare l'articolo 2 lettere d, i);

Visto il Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica dell'attività sportiva e motorio ricreativa", approvato con Delibera del Consiglio Regionale n.18 del 21.02.2012;

Visto il punto 1.7.5 del suddetto Piano che prevede che la Regione sostenga progetti ludico-motori e polisportivi volti a realizzare la massima diffusione della cultura e della pratica dell'attività, con vari soggetti pubblici in forza di accordi ed in particolare con il CONI;

Visto il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2016 che "l'intervento contribuisce alla realizzazione degli obiettivi del progetto regionale 17 "Giovanisi";

Considerato che il CONI, ai sensi del D.lgs.23 luglio 1999, n.242 è autorità di disciplina, regolazione e gestione delle attività sportive, intese come elemento essenziale della formazione fisica e morale dell'individuo e parte integrante dell'educazione e della cultura nazionale;

Considerato che il CONI promuove la massima diffusione della pratica sportiva e dello sport giovanile, e nei suoi organi sono rappresentati: Federazioni Sportive Nazionali (FSN), Discipline Sportive Associate (DSA), Enti di Promozione Sportiva (EPS) e Associazioni benemerite;

Considerato che il CONI riconosce gli Enti di promozione sportiva a livello regionale, che hanno per fine istituzionale la promozione e organizzazione di attività fisico-sportive con finalità ricreative e formative e che svolgono le loro funzioni nel rispetto dei principi, delle regole e delle competenze del CONI, delle Federazioni sportive nazionali e delle Discipline sportive associate;

Considerato che la Regione Toscana riconosce nelle competenze e nelle attività sviluppate dal CONI Comitato Regionale Toscana, un valido sostegno delle politiche relative alla diffusione della pratica delle attività motorie, sportive e ricreative;

Considerato che il CONI Comitato Regionale Toscana intende supportare l'attività di promozione della cultura e della pratica dell'attività sportiva e motorio ricreativa promossa dalla Regione Toscana;

Vista la D.G.R.989 del 19.10.2015 che approva il progetto regionale "Interventi per l'accesso di giovani in età scolare, in situazione di disagio economico, alla pratica dell'attività motoria e sportiva" e i requisiti minimi di seguito descritti, di contributi straordinari relativi al sostegno per l'inserimento di giovani provenienti da famiglie con disagio economico;

Considerato che la suddetta D.G..R.989/2015 stabilisce che le società sportive in possesso dei requisiti per accedere alle misure di sostegno sopra ipotizzate presentino le seguenti caratteristiche e i seguenti parametri minimi:

- Adesione alla Carta Etica dello Sport della Regione Toscana;
- Avere fra i propri iscritti, per l'intero anno 2016, almeno 5 ragazzi in età scolare ai quali viene consentita la pratica sportiva gratuita
- Praticare la polidisciplinarietà;
- Garantire la gratuità dell'attività sportiva compreso il tesseramento, l'assicurazione e qualunque altro onere relativo all'accesso alla pratica sportiva;

Considerato che è necessario che i giovani ammessi alle attività motorie e sportive presentino un ISEE non superiore a 18.000;

Considerato che il CONI detiene il database aggiornato della pratica sportiva e delle società sportive stesse, curandone l'aggiornamento annuale, e quindi, è il soggetto che può attivarsi celermente per individuare le società eleggibili del contributo previsto;

Tutto ciò premesso si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1

Premesse

La premessa costituisce parte integrante del presente accordo di collaborazione.

Articolo 2

Oggetto e finalità dell'accordo

Il presente accordo ha per oggetto l'instaurazione di attività di collaborazione tra Regione Toscana e CONI Comitato Regionale Toscana per:

- _ individuare le società sportive che consentono ai giovani provenienti da famiglie in condizioni di disagio economico e sociale la pratica sportiva gratuita;
- _ assegnare alle suddette società sportive un sostegno economico secondo criteri di proporzionalità e sulla base di indicazioni fornite dalla Regione stessa;
- _ procedere alla verifica dei requisiti e delle dichiarazioni poste a corredo delle domande di sostegno ed alla rendicontazione dei contributi assegnati.

L'intervento oggetto del presente accordo rientra nell'ambito di Giovanisì, il progetto della regione Toscana per l'autonomia dei giovani.

Articolo 3

Procedure

Le parti concordano che in attuazione della finalità di cui all'articolo 2 dovranno essere messe in atto le seguenti procedure:

- avviso adeguatamente pubblicizzato sul progetto regionale rivolto alle società sportive che consentono la pratica sportiva a titolo gratuito a giovani con difficoltà economiche;
- verifica del numero e della rispondenza dei giovani alle caratteristiche della soglia ISEE definita;
- verifica della effettiva gratuità dell'accesso alla pratica sportiva garantita dalla società sportiva destinataria del contributo;
- valutazione obiettiva degli aspetti di polidisciplinarietà della società sportiva, in particolare valorizzando prioritariamente le associazioni sportive con attività sia maschile, che femminile e di pratica di più discipline sportive;
- erogazione di un contributo fino ad un massimo di 2000 euro per società sportiva sulla base di una selezione effettuata dal CONI;
- Verifica a consuntivo da parte della Regione della attuazione del progetto secondo quanto stabilito nel presente accordo.

.Articolo 4

Impegni del CONI

Il CONI si impegna a:

- Sviluppare e porre in essere le attività di cui al precedente articolo 3;
- Curare l'adeguata diffusione del progetto anche attraverso l'apposizione del logo di Regione Toscana-Giovani e la dizione "progetto finanziato con risorse della Regione Toscana e all'interno di Giovanisi" su tutto il materiale prodotto e divulgato;
- Verifica dei requisiti richiesti per accedere ai contributi da parte delle società sportive;
- Predisporre la graduatoria delle società sportive idonee ad acquisire il contributo;
- Erogare le risorse come sopra determinate alle singole società sportive.
- curare la rendicontazione del progetto da trasmettere alla Regione unitamente ad un report finale del progetto e trasmetterlo alla Regione Toscana entro il 31.12.2016.

Articolo 5

Impegni della Regione Toscana

La Regione Toscana, tramite la propria struttura competente, s'impegna a:

- verificare ed approvare il percorso progettuale affidato al CONI, tenuto conto in particolare delle finalità e delle procedure previste nel presente accordo;
- procedere alla erogazione al CONI delle risorse destinate al progetto regionale di cui al presente accordo;
- attivare verifiche periodiche per valutare lo stato di realizzazione delle azioni progettuali e il raggiungimento degli obiettivi;
- effettuare la verifica finale sulla base della rendicontazione e report finale presentato dal CONI.

Articolo 6

Gruppo di Coordinamento

Al fine di dare attuazione alle finalità del presente atto e garantire un'azione congiunta e coordinata dei soggetti sottoscrittori è istituito un Gruppo tecnico di coordinamento composto da due dipendenti del Settore regionale competente in materia e da due rappresentanti individuati dal Coni Comitato regionale toscana. I sottoscrittori del presente atto si impegnano anche tramite il Gruppo di cui al presente articolo a verificare periodicamente l'attuazione del presente accordo.

Articolo 8

Risorse

La Regione Toscana s'impegna ad erogare al CONI Comitato Regionale Toscana, per la realizzazione dell'attività del progetto regionale un contributo di € 770.000,00

Articolo 9

Validità dell'Accordo

Il presente accordo di collaborazione ha la durata di un anno a partire dalla data di sottoscrizione.

Articolo 10

Modifiche

Eventuali modifiche del presente Accordo devono essere concordate tra i soggetti sottoscrittori attraverso l'approvazione e sottoscrizione di un successivo atto integrativo.

Firenze, li.....

per Regione Toscana

per CONI Comitato Regionale Toscana.....

NON AUTOSUFFICIENTI

CAMPANIA

DECRETO n. 12 del 25.02.2016 - Rif. punto viii) delibera del Consiglio dei Ministri del 11 dicembre 2015 OGGETTO: Ipotesi di accordo transattivo del 17/9/2014 relativa ai conguagli delle tariffe RSA e Centri Diurni – Determinazioni (BUR n. 14 del 29.2.16)

Note

Con il DCA n. 77/2011 e la successiva DGR n. 50/2012 si introduce a partire dal 1/1/2012 l'obbligo per le strutture erogatrici residenziali e semiresidenziali sociosanitarie di fatturare separatamente, alle ASL e all'utente / Ente Locale le quote rispettivamente dovute per le prestazioni rese.

In data 17/9/14 è stata acquisita la condivisione delle associazioni di categoria come previsto dalla L.R. 8/2003 e dalla DGRC n. 2006/04, in data 22 ottobre 2014 è stato adottato il DCA n. 110/2014 che, in ottemperanza della Sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, approvava le tariffe per RSA e Centri Diurni sociosanitari integrati a valere dall'agosto 2009.

In data 17 settembre 2014 è stata siglata una ipotesi di accordo tra la Regione ed alcune Associazioni di Categoria delle strutture private che erogano prestazioni socio sanitarie di RSA e Centri Diurni, che sulla base delle nuove tariffe di tali prestazioni in corso di adozione, disciplinava i conguagli tariffari che sarebbero conseguiti all'adozione delle nuove tariffe per il periodo da agosto 2009 fino al 31 dicembre 2013.

La suddetta ipotesi di accordo del 17 settembre 2014 non ha raggiunto il numero di adesioni minimo in essa stabilito e non si può, quindi, dare corso al successivo iter necessario per l'approvazione definitiva con l'acquisizione del parere dell'Avvocatura dello Stato ai sensi dell'art. 13 R.D. 30.10.1933 n. 1611 e conseguente parere dei Ministeri affiancanti.

Tale ipotesi di accordo è pertanto da intendersi risolta e priva di efficacia fin dalla data di sottoscrizione della stessa.

Gli incrementi retroattivi delle tariffe di RSA e Centri Diurni, stabiliti dal DCA n. 110/2014, non comportano incremento dei tetti di spesa pro tempore vigenti negli anni 2009 – 2013.

I conguagli tariffari per detti esercizi possono essere riconosciuti solo nei limiti consentiti dai tetti di spesa pro tempore vigenti comprensivi della quota a carico degli EELL e adottati con provvedimenti giuntali o commissariali, come espressamente previsto negli schemi dei contratti per l'acquisto di prestazioni socio sanitarie ex art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., anch'essi approvati per ciascuno degli anni 2009 – 2013 dagli appositi provvedimenti regionali (DGRC 1269/2009, DCA 37/2010, 25/2011, 68/2012, 86/2013 e successive modifiche ed integrazioni degli stessi) e sottoscritti dalle strutture private erogatrici; al riguardo, si richiamano anche la sentenza del TAR Campania n. 16850/2010 e la sentenza della Corte di Appello di Salerno n. 540/2015;

Viene dato atto del mancato raggiungimento delle adesioni richieste dalla ipotesi di accordo siglata il 17 settembre 2014 con alcune Associazioni di Categoria delle strutture private che erogano prestazioni socio sanitarie di RSA e Centri Diurni, in merito ai conguagli 2009 – 2013 derivanti dall'applicazione delle nuove tariffe fissate successivamente con DCA n. 110/2014. Pertanto, tale ipotesi di accordo è da intendersi risolta e priva di efficacia fin dalla data di sottoscrizione della stessa.

I conguagli tariffari, scaturenti dall'applicazione delle tariffe di cui al DCA n. 110/14 per gli esercizi precedenti, possono essere riconosciuti solo nei limiti consentiti dai tetti di spesa pro tempore vigenti comprensivi della quota a carico degli EELL e adottati con provvedimenti giuntali o commissariali, come espressamente previsto negli schemi dei contratti per l'acquisto di

prestazioni socio sanitarie ex art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., anch'essi approvati per ciascuno degli anni 2009 – 2013 dagli appositi provvedimenti regionali (DGRC 1269/2009, DCA 37/2010, 25/2011, 68/2012, 86/2013 e successive modifiche ed integrazioni degli stessi,) e sottoscritti dalle strutture private erogatrici.

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00060 - Modifica del Decreto del Commissario ad acta n. U00009/2016 avente ad oggetto "Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane" (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

PREMESSA

Con il decreto del Commissario *ad acta* n. U00452/2014 sono stati disposti i Programmi operativi per il triennio 2013 – 2015. Riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale. Piano regionale per l'attivazione di posti residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane".

Nel sopra citato provvedimento è stato stabilito il fabbisogno di posti residenziali estensivi, posti residenziali e semiresidenziali estensivi per disturbi cognitivo comportamentali gravi.

Con il decreto del Commissario ad acta n. U00009 del 25 gennaio 2016 è stata disposta la "Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane".

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, art. 1, comma 3, punto 4, lettera c) stabilisce che *"sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera"*;

Con il decreto del Commissario ad acta n. U00310/2013 è stata disposta "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.02.2012" con il quale sono state stabilite le tariffe per la lungodegenza ospedaliera per un importo pari a euro 154,00.

Con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00009/2016, è stata fissata la tariffa per le prestazioni di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi per un importo pari a euro 154,00 *per die* e che, pertanto, i posti residenziali da attivare, ai sensi del sopracitato D.M. 70/2015, sarebbero considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri.

Viene preso atto della carenza dell'offerta attuale di posti residenziali per l'assistenza residenziale estensiva rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane.

LA DISPOSIZIONE

Al fine di non far rientrare nel computo dei posti letto ospedalieri anche i posti residenziali previsti per soddisfare il fabbisogno di assistenza residenziale rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane, così come comunicato con nota prot. n. 78236 GR/11/28 del 12 febbraio 2016, la Regione Lazio ha deciso di modificare le tariffe di cui al decreto del Commissario *ad Acta* n. U00009/2016;

Al fine di consentire l'attivazione di posti residenza di cui al Decreto del Commissario *ad acta* n. U00452/2014 e al fine di garantire i LEA, le tariffe adottate con il decreto del Commissario *ad acta* n. U00009/2016 vengono rideterminate nella seguente misura:

- euro 144,00 per *die* per l'assistenza residenziale estensiva;
- euro 153,00 per *die* per l'assistenza residenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi;
- euro 78,00 per *die* per l'assistenza semiresidenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi;

NB

La Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare le tariffe di cui al presente decreto sulla scorta delle eventuali osservazioni avanzate dai Ministeri affiancanti.

PIEMONTE

DD. 23.11.15, n. 890 - D.G.R. n. 20-2387 del 9.11.2015 "Fondo nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2015. Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti". Accertamento di euro 31.278.000,00 sul capitolo di entrata 24600/2015. Impegno di euro 27.678.000,00 sul cap. 152662/2015 e impegno di euro 3.600.000,00 sul cap. 158586/2015. . (BUR n. 9 del 3.3.16)

Note

Con Decreto interministeriale del 14 maggio 2015 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno definito l'assegnazione e il riparto delle risorse del "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2015, destinando alla Regione Piemonte la somma di euro 31.278.000,00.

Con successiva D.G.R. n. 16-2315 del 26.10.2015 "Fondo statale per le non autosufficienze, annualità 2015. Approvazione "Programma Attuativo" di cui al comma 1 dell'art. 5 del Decreto interministeriale del 14 maggio 2015", è stato approvato il programma attuativo contenente le indicazioni ministeriali.

Con D.G.R. n. 20-2387 del 9.11.2015 "Fondo nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2015. Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti per un ammontare di euro 31.278.000,00", sono state destinate le risorse per sostenere la continuità degli interventi economici a favore della domiciliarità in lungo assistenza delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili di età inferiore ai 65 anni per l'anno 2015.

Ai sensi dell'art. 3, comma 1 del Decreto interministeriale del 14 maggio 2015, la Regione Piemonte destina la quota di euro 12.511.200,00, pari al 40% della somma totale assegnata in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima, ovvero in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24h, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Dalla quota di euro 12.511.200,00, assegnata in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima, ai fini di garantire la continuità degli interventi in essere a favore delle persone affette da SLA per l'anno 2015, la Regione Piemonte ha riservato la somma di euro 3.600.000,00, come stabilito dalla D.G.R. n. 20-2387 del 9.11.2015 ed i cui criteri di riparto sono indicati nella D.G.R. n.17-2421 del 16.11.2015 - Programma attuativo "Progetto di continuità assistenziale per i pazienti adulti affetti da SLA e da altre malattie del motoneurone e le loro famiglie" per l'anno 2015. Assegnazione risorse per un ammontare di euro 3.600.000,00.

La restante somma pari ad euro 8.911.200,00 viene ripartita secondo i criteri indicati nella D.G.R. n. 20-2387 del 9.11.2015 e precisamente:

- euro 7.119.727,00 a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per anziani ultrassessantacinquenni non autosufficienti, ripartiti fra gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, facendo riferimento alla popolazione =>65 anni (fonte BDDE) (Allegato A facente parte integrante del presente provvedimento);
- euro 1.791.473,00 a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni ripartiti fra gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali in base ai seguenti criteri: 50% con riferimento alla popolazione residente di età compresa tra 0 e 64 anni (fonte BDDE) e 50% con riferimento al numero di persone disabili in carico agli EE.GG. (Allegato B facente parte integrante del presente provvedimento);

La somma di euro 18.766.800,00, pari al 60% della somma totale di euro 31.278.000,00 viene ripartita secondo i criteri indicati nella D.G.R. n. 20-2387 del 9.11.2015 e precisamente:

- euro 9.592.861,00 a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per anziani ultrassessantacinquenni non autosufficienti, ripartiti fra gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, facendo riferimento alla popolazione =>65 anni (fonte BDDE) (Allegato C facente parte integrante del presente provvedimento);
- euro 2.413.770,20 a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni, ripartiti fra gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali in base ai seguenti criteri: 50% con riferimento alla popolazione residente di età compresa tra 0 e 64 anni (fonte BDDE) e 50% con riferimento al numero di persone disabili in carico agli EE.GG. (Allegato D facente parte integrante del presente provvedimento);
- euro 2.749.894,80 a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per anziani ultrassessantacinquenni non autosufficienti;
- euro 4.010.274,00 a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni.

Tali somme vengono ripartite tra gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali in modo proporzionale a quanto assegnato nel 2014 con fondi regionali a sostegno di anziani non autosufficienti e persone disabili, secondo i criteri utilizzati negli anni precedenti per il riparto dei fondi stessi (da ultime DGR n. 15-801 del 15.10.2010, DGR n. 17-7284 del 24.3.2014, DGR n. 18-1326 del 20.4.2015) (Allegato E ed Allegato F facenti parte integrante del presente provvedimento) Le eventuali risorse non utilizzate del 40% per le disabilità gravissime vincolato sul singolo target di popolazione (anziani o disabili) potranno essere impiegate vicendevolmente sull'altro target.
Allegato A Anziani

TOSCANA

DGR 23.2.16, n. 110 - L.R. n. 66/2008 “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”. Anno 2016: riparto alle Zone/Distretto del fondo per la non autosufficienza. (BUR n. 9 del 22.3.16)

L'art. 3 della L.R. 66/2008 “ripartizione e attribuzione del fondo alle zone distretto” prevede la distribuzione alle zone distretto, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

- a) indicatori di carattere demografico;
- b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Le predette assegnazioni alle Zone/ distretto, sono effettuate individuando in ciascuna Zona l'ente beneficiario delle risorse secondo i seguenti parametri:

- alle Società della Salute, laddove costituite;
- alle Aziende UU.SS.LL. competenti per territorio, ovvero agli altri soggetti individuati ai sensi dell'art 3 comma 5 della L.R. 66/08 , nelle Zone dove non è stata costituita la Società della Salute, ai sensi dell'art. 71bis della L.R. 40/2005 e successive modifiche;

Vengono assegnati € 51.000.000,00 alle Zone/Distretto per finanziare l'estensione dei servizi domiciliari per l'anno 2016 secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione (a cui si rinvia),

PERSONE CON DISABILITÀ

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22 .2.16, n. 230 - Approvazione dell'invito a presentare operazioni di politica attiva del lavoro Fondo regionale disabili (BUR n. 56 del 3.3.16)

Note

Viene approvato l'”Invito a presentare operazioni di politica attiva del lavoro Fondo regionale disabili” di cui all'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si rinvia).

Le risorse pubbliche disponibili afferenti al presente Invito sono pari a E uro 9.300.000,00

LAZIO

Determinazione 16 febbraio 2016, n. G01154 - Interventi di assistenza per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Impegno della somma di euro 4.000.000,00 in favore della Città Metropolitana di Roma Capitale e delle Amministrazioni Provinciali del Lazio a valere sul Cap. F11911, corrispondente alla Missione 04 - Programma 06 - Aggregato 1.04.01.02.000. Esercizio finanziario 2016. (BUR n. 17 del 1.3.16)

Note

In rapporto a quanto disposto dalla legge 7 aprile 2014, n.56 - Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni e in relazione alla proposta di Legge regionale 15 giugno 2015, n. 269 - Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alla città metropolitana di Roma Capitale, a Roma capitale e riallocazione delle funzioni amministrative a livello locale, nelle more dell'approvazione della suddetta proposta di Legge regionale continua ad applicarsi la Legge regionale 14/1999.

La Legge n. 104/1992 prevede l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza agli alunni con disabilità al fine di garantirne l'integrazione scolastica, e gli articoli 150 e 154 della legge regionale n. 14/1999 attribuiscono alle Province funzioni e compiti amministrativi in materia di assistenza ai ciechi ed ai sordomuti e in materia di supporto organizzativo al servizio di istruzione per gli alunni con disabilità o in situazione di svantaggio.

Gli interventi di assistenza agli alunni con disabilità costituiscono un indispensabile servizio alle famiglie per l'inserimento scolastico e la crescita verso l'autonomia personale.

Tale bisogno è in permanente e continua crescita e pertanto, è necessario garantire la continuità degli interventi avviati, ritenuti di rilevante interesse regionale.

Nell'attuale fase di riordino delle funzioni regionali la struttura precedentemente competente in materia di interventi di assistenza agli alunni con disabilità aveva potuto garantire la copertura finanziaria del servizio solo fino al mese di dicembre 2015.

Viene preso atto dell'urgente necessità di garantire la prosecuzione del servizio fino alla fine del corrente anno scolastico 2015/16 per il periodo gennaio-giugno 2016.

Viene, rinviata la rilevazione dei reali fabbisogni dei territori ad una fase successiva prevedendo la stesura di apposite linee guida di riordino dell'intera materia e vengono confermati i criteri di riparto delle risorse utilizzati per l'anno 2015

Viene quindi impegnare la somma di € 4.000.000,00 sul capitolo F11911, che presenta la necessaria disponibilità, ripartita secondo il prospetto di seguito indicato:

Amministrazioni Importo

Codice creditore

Provincia Frosinone

€ 496.000,00

376

Provincia Latina

€ 448.000,00

377

Provincia di Rieti

€ 112.000,00

378

Città Metropolitana Roma

Capitale

€ 2.732.000,00

375

Provincia Viterbo

€ 212.000,00

379

Totale**€ 4.000.000,00****PIEMONTE**

DD 23.11.15, n. 887 - L.R.41/87 e s.m.i. Approvazione albo degli enti ed associazioni. Anno 2015. (BUR n. 9 del 3.3.16)

Note

Con la Legge Regionale n. 41 del 25 agosto 1987 "Interventi nei confronti di Associazioni ed Enti a struttura associativa, finalizzati al sostegno delle attività svolte a favore di cittadini disabili" la Regione riconosce e sostiene la funzione sociale e l'attività istituzionale di Enti ed Associazioni che da molti anni operano, a livello territoriale e nazionale, per l'integrazione e per la promozione dei diritti dei cittadini disabili.

La suddetta legge, modificata ed integrata, all'art. 3, prevede che venga definito annualmente, sulla base delle domande presentate, un Albo degli enti e delle associazioni che possono beneficiare di contributi finalizzati a sostegno di attività dirette a realizzare per le persone disabili l'autonomia nella vita di relazione ed il superamento delle difficoltà connesse alla minorazione e/o malattia.

Viene approvato per l'anno 2015 l'Albo degli Enti ed Associazioni di cui all'art. 3 della l.r. 41/87 con la seguente composizione:

- Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi Civili – A.N.M.I.C.
- Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra – A.N.M.I.G.
- Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del Lavoro – A.N.M.I.L.
- Associazione Nazionale Vittime Civili di Guerra – A.N.V.C.G.
- Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei Sordi – E.N.S.
- Unione Italiana Ciechi ed Ipovedenti – U.I.C.
- Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare – U.I.L.D.M.
- Unione Nazionale Mutilati per Servizio – U.N.M.S.;

VENETO

DGR 23.2.16, n. 170 - Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante "Linee guida sugli Interventi Assistiti con gli Animali". (BUR n. 23e dell'11.3.16)

Note**PREMESSA**

L'Accordo 6 febbraio 2003 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano "in materia di benessere degli animali da compagnia e Pet Therapy", all'articolo 9, attribuisce alle Regioni e Province Autonome il compito di "agevolare una più ampia diffusione dei nuovi orientamenti clinico-terapeutici con i cani per disabili e con le tecniche della 'pet-therapy'", adottando iniziative intese ad "agevolare il mantenimento del contatto delle persone, anziani e bambini in particolare, siano esse residenti presso strutture residenziali, quali case di riposo e strutture protette o ricoverate presso Istituti di cura, con animali da compagnia di loro proprietà o con animali comunque utilizzabili per la pet-therapy".

La Regione del Veneto con Legge regionale 3 gennaio 2005, n.3, ha dettato disposizioni sulle terapie complementari (terapia del sorriso e pet-therapy), promuovendo, tra l'altro, la formazione professionale del personale medico e non medico, delle unità operative dipendenti delle aziende ULSS e aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale o con esso operanti in regime di convenzione, ovvero del personale delle organizzazioni del privato sociale e dei volontari delle organizzazioni di volontariato iscritte al Registro regionale delle Organizzazioni di Volontariato.

Successivamente la Conferenza Stato Regioni in data 25 marzo 2015 ha sancito l'Accordo in materia di Interventi Assistiti con Animali (IAA) con l'obiettivo di garantire su tutto il territorio nazionale le corrette modalità di svolgimento, al fine di tutelare la salute dell'utente e il benessere degli animali impiegati.

La Regione del Veneto, sulla scorta di quanto esposto, ritiene necessario recepire, con il presente provvedimento, i contenuti del citato Accordo del 25 marzo 2015, al fine di consentire, in modo uniforme sul territorio regionale e nazionale, gli interventi assistiti con animali.

Gli interventi assistiti con gli animali sono effettuati esclusivamente da personale che abbia un adeguato livello di preparazione, in conformità a quanto stabilito dalle presenti linee guida. Si ritiene pertanto indispensabile istituire a livello regionale un Albo degli Operatori e delle Associazioni che si occupano di tali interventi, al fine di garantire un elevato grado di competenza nella cura a favore di utenti/pazienti.

Per quanto riguarda i corsi di formazione potranno essere realizzati da enti di formazione iscritti all'elenco regionale degli Organismi di formazione di cui alla L.R. n. 19/2002 per l'ambito della Formazione Continua.

Poiché le nuove linee guida prevedono uno specifico percorso formativo per il Responsabile di Progetto, per il Referente dell'utente/paziente, per il Medico veterinario e per il Coadiutore dell'animale, rispetto a quanto precedentemente definito dalle disposizioni regionali attuative della citata Legge regionale 3 gennaio 2005, n.3, viene prevista una disposizione transitoria per permettere agli operatori, già formati con precedenti percorsi formativi o in grado di dimostrare un'esperienza pluriennale nel settore, di operare per un periodo transitorio di due anni dall'approvazione del presente provvedimento, al fine di adeguare il loro percorso, ove richiesto, secondo le presenti disposizioni.

LA DISPOSIZIONE

Viene recepito, ai sensi dell'art. 40, comma 3, della legge 7 luglio 2009, n. 88, l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, costituito dall'**Allegato A** al presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante e avente per oggetto "Linee guida sugli Interventi Assistiti con gli Animali" (a cui si rinvia).

POLITICHE SOCIALI

LAZIO

DGR 1.3.16, n. 79 - Integrazione Deliberazione di Giunta Regionale 23 febbraio 2016, n. 53, "Commissariamento dell'Istituto Romano di San Michele". (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene integrata la deliberazione di Giunta Regionale 23 febbraio 2016, n. 53:

conferendo al Commissario straordinario dell'IPAB Istituto Romano di San Michele i poteri inerenti l'ordinaria e straordinaria amministrazione, che lo Statuto dell'IPAB Istituto Romano di San Michele attribuisce al Presidente ed al Segretario Generale, al fine di ripristinare e garantire la corretta funzionalità dell'Istituto medesimo, con facoltà di nominare un subcommissario;

disponendo il riesame degli atti dell'Istituto Romano di San Michele, adottati a far data dall'avocazione presidenziale delle competenze del Segretario Generale, disposta con Decreto Presidenziale n. 19 del 14 novembre 2014, sino alla data di insediamento del Commissario straordinario;

Con successivo Decreto del Presidente della Regione Lazio si provvederà alla nomina del Commissario straordinario dell'IPAB Istituto Romano di San Michele.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 4 marzo 2016, n. T00031 - IPAB Istituto Romano di San Michele. Nomina del Commissario Straordinario. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Il Dott. Riccardo Casilli, viene nominato quale Commissario Straordinario dell'IPAB Istituto Romano di San Michele di Roma, con facoltà di nominare un sub-Commissario.

Sono conferiti al commissario straordinario i poteri inerenti l'ordinaria e straordinaria amministrazione, che lo Statuto dell'IPAB Istituto Romano di San Michele attribuisce al Presidente ed al Segretario Generale, con il compito di:

1 adeguare lo Statuto dell'Istituto Romano di San Michele al principio, di diretta derivazione costituzionale, di distinzione delle funzioni fra vertice politico e dirigenza amministrativa, di cui all'art. 4 del d.lgs. n. 165/2001;

2 disporre il riesame degli atti dell'Istituto Romano di San Michele, adottati a far data dall'avocazione presidenziale delle competenze del Segretario Generale, disposta con Decreto Presidenziale n. 19 del 14 novembre 2014, sino alla data di insediamento del Commissario Straordinario;

3 ripristinare e garantire il corretto e regolare svolgimento delle funzioni di competenza dell'IPAB Istituto Romano di San Michele, di cui all'art. 1 dello Statuto vigente, secondo modelli organizzativi e gestionali che assicurino adeguata economicità, efficacia ed efficienza;

4 garantire lo svolgimento dell'ordinaria e straordinaria amministrazione dell'Ente.

L'incarico decorrerà dalla data della pubblicazione sul BURL e avrà durata non superiore ad un anno.

Al Commissario Straordinario Dott. Riccardo Casilli, dirigente regionale, non sarà corrisposta alcuna indennità, ai sensi dell'art. 179 del R.R. 6 settembre 2002 n. 1

LOMBARDIA

DGR 29.2.16 - n. X/4851 Nomina di due componenti del consiglio di amministrazione dell'azienda di servizi alla persona «Casa di Riposo San Giuseppe» con sede legale nel comune di Isola Dovarese (CR)

Note

Vengono nominati, ai sensi dell'art. 8 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1, quali componenti del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda di Servizi alla Persona «Casa di Riposo San Giuseppe» con sede in Isola Dovarese:

Claudio Cantoni;

Franca Manfredi.

PIEMONTE

DGR 22.2.16, n. 24-2944 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Fondazione Pietro Allemandi", con sede in Dronero. Approvazione nuovo statuto. (BUR n. 9 del 3.3.16)

Note:

L'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Fondazione Pietro Allemandi" (nel seguito: I.P.A.B.), con sede in Dronero (CN), in esecuzione della deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 14/11/2015, richiedeva l'approvazione di un nuovo testo statutario.

L'istanza, pervenuta in data 02/12/2015, è stata determinata dalla necessità di un adeguamento sostanziale dello Statuto, in quanto ad oggi non è stata fatta alcuna modifica allo Statuto originario datato 1958, con particolare riferimento all'inserimento nell'articolo sullo scopo dell'ente degli "alloggi dello studente", acquistati in Torino e da assegnare a studenti universitari e/o specializzandi.

Il Comune di Dronero, invitato ad esprimere un parere in ordine a tale istanza, non ha trasmesso, entro i termini prescritti, alcuna comunicazione in merito, ragione per la quale si è ritenuto di prescindere dal parere stesso.

Viene approvato il nuovo statuto dell'I.P.A.B. "Fondazione Pietro Allemandi", con sede in Dronero, composto di 16 articoli, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al T.A.R. entro 60

DGR 29.2.16, n. 12-2964 - I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti con sede in Asti. Nomina del Commissario straordinario. (BUR n. 9 del 3.3.16)

Note

La Casa di Riposo della Città di Asti, con sede nel Comune di Asti, Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza giuridicamente riconosciuta a norma della Legge n. 6972/1890, deriva dalla fusione, in virtù del Regio Decreto 07/03/1929, dell'Ospedale della Carità, eretto in Ente Morale con Regio Decreto nel 1917, e dell'Ospizio Cronici Umberto 1°, eretto in Ente Morale con Regio Decreto nel 1893, aventi sede in Asti, in un unico ente originariamente denominato "Ospizio Cronici e Casa di Riposo Umberto 1°. Assume l'attuale denominazione nel 1944.

La Casa di Riposo della Città di Asti (nel seguito I.P.A.B.) ha per scopo, ai sensi dell'art. 2 dello statuto vigente, approvato con D.G.R. n. 36-8241 del 18/02/2008, "(...) *ospitare, mantenere ed assistere persone anziane, di ambo i sessi, autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti, in idonei spazi dell'Istituto, nel rispetto della normativa vigente (...)*" e, ai sensi dell'art. 10 di tale statuto, è amministrata da un Consiglio di Amministrazione, il quale dura in carica cinque anni ed è composto di sette membri, compreso il Presidente, di cui:

- cinque nominati dal Consiglio comunale,
- uno dal Consiglio provinciale di Asti,
- uno dalla Cassa di Risparmio di Asti.

La Provincia di Asti preposta alla vigilanza sugli organi e sull'attività amministrativa delle II.PP.A.B., segnalava:

- le dimissioni rassegnate, in data 30/10/2015, dai membri del Consiglio di Amministrazione dell'I.P.A.B. "*a causa di una situazione estremamente complessa e di difficile risoluzione*",
- la decisione, sia del Comune di Asti sia della Cassa di Risparmio di Asti di non provvedere alla nomina dei nuovi consiglieri, essendo intendimento di questi Enti proporre un periodo di commissariamento,
- la designazione di un soggetto cui conferire l'incarico di Commissario straordinario di tale I.P.A.B.

Con la L.R. 29 ottobre 2015, n. 23, articolo 8, comma 1, è stato attuato il processo di riallocazione, in capo alla Regione, di talune funzioni già esercitate dalle Province e dalla Città Metropolitana, anche ai sensi della sopra citata L.R. 1/2004, indicate in un apposito allegato A), tra le quali, la "*funzione di vigilanza sugli organi e sull'attività amministrativa delle I.P.A.B., compresi la sospensione e lo scioglimento del consiglio di amministrazione e la nomina del commissario straordinario, nonché la dichiarazione di decadenza dei membri del consiglio di amministrazione delle I.P.A.B. nei casi previsti dalla legge*".

Il Comune di Asti segnalava quale persona idonea a ricoprire l'incarico di Commissario straordinario il sig. Giuseppe Carlo Camisola.

LA DISPOSIZIONE

Viene pertanto nominato il sig Giuseppe Carlo Camisola, quale Commissario straordinario dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti, per la durata di sei mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento, o sino alla ricostituzione del Consiglio di Amministrazione, se antecedente, con il mandato di:

- 1) provvedere alla gestione ordinaria e straordinaria dell'I.P.A.B. con mandato generale volto ad adottare tutti gli atti necessari a garantire un adeguato livello di prestazioni a favore della popolazione anziana ospite presso la struttura;
- 2) sviluppare soluzioni atte a superare le cause che hanno determinato le dimissioni dei membri dell'ultimo Consiglio di Amministrazione, al fine di ricostituire un nuovo organo di amministrazione dell'I.P.A.B..
- c) di determinare l'indennità di carica a favore del Commissario straordinario nella misura di Euro 1000,00 mensili, al lordo delle ritenute di legge, a carico dell'I.P.A.B. commissariata.

In merito allo sviluppo ed esito del proprio mandato, il Commissario straordinario dovrà produrre una relazione a metà mandato ed una finale da trasmettere alla Direzione regionale Coesione Sociale.

TOSCANA

DGR 23.2.16, n. 107 - DGRT n. 594/2014: Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori. Proroga sperimentazioni. (BUR n. 9 del 22.3.16)

Note

La legge regionale n. 41 del 24 febbraio 2005, M (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) e, in particolare, all'articolo 14, comma 5 introduce la possibilità di avviare "sperimentazioni relative a tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali di cui al capo III, comprese quelle di ambito delle comunità di tipo familiare, definendone i requisiti necessari al funzionamento ulteriori a quelli previsti dall'art. 62" della stessa legge.

Con il Decreto del Presidente della Giunta regionale 15/R del 26/3/2008, in attuazione del citato articolo 62 della l.r. 41/2005, è stato approvato il Regolamento, contenente la definizione dei requisiti per il funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali.

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 al punto 3.3.1, "Sperimentazioni di tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali", prevede la costituzione di un'apposita commissione con funzioni di verifica e monitoraggio dei progetti di sperimentazione presentati alla Regione, previo controllo di conformità, da parte degli enti territoriali competenti, agli atti di programmazione regionale e locale.

La commissione sopra citata è in corso di modifica con deliberazione della Giunta Regione n. 83 del 16 febbraio 2016;

Vengono allineati i termini di scadenza delle sperimentazioni di strutture residenziali a carattere sociale e socio sanitario, fissando nella data del 31 marzo 2017 il termine massimo per la durata dei relativi progetti;

POVERTÀ - INCLUSIONE SOCIALE

BASILICATA

DGR 26.1.16, n. 56 -PO FESR Basilicata 2007 - 2013 - Asse VI "Inclusione sociale" - Esercizio delle funzioni di beneficiario in capo alle amministrazioni comunali. (BUR n. 8 del 1.3.16)

DGR 10.2.16, n. 120 - Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26 recante "Contrasto al disagio sociale, mediante l'utilizzo di eccedenze alimentari e non". - Approvazione Linee Guida attuative. (BUR n. 8 del 1.3.16)

Note

Con Legge Regionale n. 26 dell'11 Agosto 2015 avente ad oggetto "Contrasto al disagio sociale mediante l'utilizzo di eccedenze alimentari e non", al fine di tutelare le fasce più deboli della popolazione e sostenere la riduzione degli sprechi, si detta una disciplina di riconoscimento, valorizzazione e promozione dell'attività di solidarietà e beneficenza, di recupero e di distribuzione delle eccedenze alimentari e non alimentari a favore delle persone in stato di povertà o grave disagio sociale.

Preliminarmente alla approvazione del programma di interventi a valenza triennale con le relative modalità di intervento e di sostegno operativo ed economico di cui all'art. 4 comma 1, delle modalità per l'analisi del fabbisogno e valutazione degli effetti delle politiche distributive previste dalla legge de qua, ai sensi del successo comma 2 del citato art. 4 della legge regionale, occorre emanare apposite linee guida per la costruzione di un sistema regionale di recupero delle eccedenze

alimentari e non , coordinato e di tipo orizzontale tra operatori, fondato sulla correlazione e sulla condivisione del maggior numero di informazioni in riferimento ai soggetti beneficiari e donatori.

Il fulcro operativo dell'intero sistema regionale deve consistere nella implementazione e gestione ottimale del Sistema Informativo Eccedenze (S.I.E), nella puntuale gestione operativa di ogni singolo Centro Logistico Eccedenze (C.L.E.) e nello sviluppo/realizzazione del Piano di Premialità ed Inclusione Sociale Eccedenze (P.I.E.) a favore dei soggetti beneficiari.

Vengono approvate le LINEE GUIDA attuative della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26, in materia di "CONTRASTO AL DISAGIO SOCIALE, MEDIANTE L'UTILIZZO DI ECCELENZE ALIMENTARI E NON", nel testo allegato alla presente Deliberazione (a cui si rinvia).

Gli allegati sono pubblicati sul portale istituzionale www.regione.basilicata.it

PRIVATO SOCIALE

EMILIA-ROMAGNA

DAL 24.2.16, n. 63 - Documento di programmazione triennale 2016-2018 del servizio civile. (Proposta della Giunta regionale in data 11 gennaio 2016, n. 13). (BUR n. 61 del 7.3.16)

Note

Viene approvato , ai sensi dell'art.7 comma 2 della L.R. 20/2003, il documento di programmazione triennale 2016-2018 del servizio civile, di cui all'allegato 1) parte integrante del presente atto;

1° PIANO DI PROGRAMMAZIONE TRIENNALE DEL SERVIZIO CIVILE IN EMILIA-ROMAGNA 2016-2018

[EX ART.7 L.R. 20/2003 E SS.MM.]

INDICE

Premessa 3

Introduzione.

Il servizio civile in Emilia-Romagna. Il contesto di riferimento 5

PARTE I

IL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE IN EMILIA-ROMAGNA 12

1.1. Il Servizio civile nazionale dei giovani in Italia e all'estero:

le competenze della Regione Emilia-Romagna 12

1.2. I numeri del Servizio civile nazionale in Emilia-Romagna 16

PARTE II

IL SERVIZIO CIVILE REGIONALE IN EMILIA-ROMAGNA 22

2.1. Il Sistema del servizio civile in Emilia-Romagna 22

2.2. I Coordinamenti Provinciali degli Enti di Servizio Civile 24

2.3. I numeri del servizio civile in Emilia-Romagna 25

PARTE III

GLI OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2016-2018 30

3.1. I Settori prioritari 30

3.2. I Criteri di ammissione 31

3.3. Le forme di riconoscimento e incentivazione 33

3.4. Le priorità e la valutazione dei progetti 34

Conclusioni 36

!3

PREMESSA

Continuano a essere moltissime le domande per il Servizio civile da parte dei giovani, italiani e stranieri, dell'Emilia-Romagna. Tanti sono i ragazzi e le ragazze che desiderano mettersi in gioco grazie a un'esperienza di solidarietà, servizio e aiuto nel campo della protezione civile e ambientale, dell'aiuto agli anziani e ai non auto-sufficienti, dell'accoglienza dei migranti e, più in generale, del vasto insieme di attività di pubblico interesse.

Nella stesura del “Programma del Servizio civile in Emilia-Romagna” del triennio 2016-2018 siamo stati guidati dalla consapevolezza che lo spirito civico e la coesione sociale siano nello stesso tempo il punto di partenza e il risultato finale del servizio civile nella nostra regione, da sempre caratterizzata, per tradizione e cultura, dai valori della partecipazione attiva e dell’impegno volontario a favore degli altri. Trascorrere un periodo della propria vita dentro a istituzioni e associazioni, a organizzazioni di volontariato o imprese sociali, nella fase delicata e incerta del passaggio dallo studio al lavoro, è il modo migliore per acquisire una maggiore consapevolezza di sé e di ciò che si vuole fare e diventare nel futuro.

L’esperienza positiva di questi ultimi anni, anche in seguito a eventi drammatici come il terremoto che ha colpito l’Emilia nel 2012, ha infatti reso esplicito come il Servizio civile possa concretamente offrire un campo infinito di occasioni per entrare in contatto con bisogni e situazioni che non dovrebbero mancare nel bagaglio di cultura civica di nessun cittadino e che possono lasciare un segno significativo nello sviluppo sia dell’individuo che della comunità.

Il principio di solidarietà, tra l’altro, è promosso anche dall’articolo 4 dalla nostra Costituzione, in base al quale “Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, una attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società”. Tutti siamo chiamati a impegnarci nell’ambito del nostro lavoro e della nostra vita a favore dell’interesse generale, in modo da realizzare pienamente il nostro essere cittadini.

Oltre a quanto disposto a livello giuridico-costituzionale, esiste poi un’altra chiave di lettura del concetto di solidarietà, che consideriamo altrettanto importante: quella in base alla quale la solidarietà non si ottiene solo attraverso ciò che viene imposto ai cittadini, ma soprattutto attraverso ciò che i cittadini liberamente e volontariamente sono disposti a realizzare, senza rispondere ad alcun obbligo che le istituzioni pubbliche chiedono loro.

Sulla base di queste considerazioni auspichiamo dunque di riuscire a concepire e organizzare nella nostra Regione il Servizio civile nei prossimi anni: come un potente antidoto al disinteresse per il bene comune e ad ogni forma di rassegnazione.

Abbiamo, in parte, fatta nostra la sfida lanciata dal Governo nell’ambito della riforma del Terzo Settore, che mira a rafforzare e rilanciare il Servizio civile, fino a istituire entro il 2017 il «Servizio Civile Universale», con 100mila giovani all’anno impegnati per otto mesi in attività solidali.

Una strada che abbiamo voluto percorrere anche a livello regionale con il 1° Piano triennale del Servizio civile, attorno al quale vogliamo far convergere istituzioni pubbliche e organizzazioni private, e le relative risorse, per offrire ai nostri ragazzi uno strumento in più per impegnarsi a livello sociale e riappropriarsi di beni e valori che meritano di essere fortemente tutelati.

Elisabetta Gualmini - Vice Presidente Regione ER

INTRODUZIONE.

IL SERVIZIO CIVILE IN EMILIA-ROMAGNA. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il Servizio civile è un modo di difendere il nostro paese, il cui “dovere” è sancito dall’articolo 52 della Costituzione; una difesa che non deve essere riferita al territorio dello Stato e alla tutela dei suoi confini esterni, quanto alla condivisione di valori comuni e fondanti l’ordinamento democratico. Oltre alla difesa della patria con mezzi e attività non militari, la legislazione individua le finalità del Servizio civile nella realizzazione dei principi costituzionali di solidarietà sociale, nella promozione della solidarietà e della cooperazione, a livello nazionale e internazionale, con particolare riguardo alla tutela dei diritti sociali, ai servizi alla persona e alla educazione alla pace fra i popoli; nella partecipazione alla salvaguardia e tutela del patrimonio della Nazione, con particolare riguardo ai settori ambientale, e infine nella formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani (l. 64/2001, art. 1).

La storia del Servizio civile in Italia affonda le sue radici nell’obiezione di coscienza nel secondo dopoguerra e nel sacrificio di quei giovani che pagarono a caro prezzo il loro ideale di disobbedienza civile e rifiuto delle armi, poiché in mancanza di un quadro normativo sull’obiezione di coscienza, che con la loro azione contribuirono a creare, furono considerati come disertori. Difatti, è in seguito ad alcuni casi di obiezione che si sviluppò il dibattito che condusse

all'approvazione della legge Pedini nel 1966, che considerava il servizio volontario internazionale nei paesi del terzo mondo valido ai fini degli obblighi di leva. Questa fu seguita nel 1972 dalla legge Marcora, che prevedeva la possibilità di non accettare l'arruolamento nelle Forze Armate in nome del rifiuto delle armi e di sostituire il servizio militare con il servizio civile. Tale obiezione era però concessa solamente a determinate condizioni e con determinate conseguenze, quali ad esempio una durata del periodo di servizio civile di otto mesi in più rispetto al servizio militare. Tra gli anni 1985 e 1997 la Corte Costituzionale in otto diverse sentenze ha dichiarato l'incostituzionalità di parti della legge, riconoscendo progressivamente pari dignità e pari trattamento tra servizio civile e servizio militare. Il Parlamento nel 1998 ha recepito tali cambiamenti, portando a termine l'iter del provvedimento in materia di obiezione di coscienza, la quale veniva riconosciuta come un diritto soggettivo, senza alcun controllo da parte dello Stato sulla fondatezza delle motivazioni di coscienza, ed affidandone la gestione all'Ufficio Nazionale del Servizio Civile in modo da ridurre i tempi di attesa.

Un nuovo inizio per la storia del Servizio civile è tuttavia da ritrovarsi nell'approvazione della legge 331 del 14 novembre 2000, che portò alla riforma delle Forze armate su base volontaria, prevedendo la sospensione della leva obbligatoria dal 1° gennaio 2007. Collegata ad essa fu l'approvazione della citata legge 6 marzo 2001 n. 64, che prevedeva l'istituzione del Servizio civile nazionale scelto volontariamente da ragazze e ragazzi. Il 5 aprile 2002 venne approvato poi il Decreto legislativo 77, che regola il Servizio Civile Nazionale e la cui entrata in vigore integrale avvenne solo nel 2006, determinando, tra l'altro, il trasferimento delle competenze gestionali del Servizio civile nazionale alle Regioni e Province autonome. Con la legge n. 226/2004, il Parlamento anticipò la sospensione della leva obbligatoria al 1° gennaio 2005: da allora il Servizio civile nazionale diventò esclusivamente su base volontaria e nell'ottobre 2005 si congedò l'ultimo obiettore di coscienza.

Nelle vesti che ha assunto con tali cambiamenti legislativi, il Servizio civile è divenuto sempre più un'occasione per adempiere al dovere di solidarietà sociale, per concorrere all'eguaglianza sostanziale che consente lo sviluppo della personalità, un impegno concreto dei giovani finalizzato al "progresso materiale o spirituale della società", alla pace e alla difesa civile, non armata e non violenta della Patria (articoli 2, 3-comma 2, 4-comma 2, 11 e 52 della Costituzione italiana). Tradizionalmente, gli ambiti in cui si sono declinate le finalità individuate dalla legge e in cui dunque si svolgono le attività di Servizio civile sono quelli dell'assistenza alla persona, della protezione dell'ambiente, della preservazione del patrimonio artistico e culturale, dell'educazione e della promozione culturale e infine della protezione civile.

Oggi il Servizio civile nazionale può essere svolto presso enti accreditati quali amministrazioni pubbliche, associazioni non governative ed enti no profit che dimostrino di possedere requisiti strutturali e organizzativi, adeguate competenze e risorse specificamente destinate al Servizio civile nazionale (l. 64/2001). Le attività sono rivolte ai giovani di età compresa tra i 18 e i 28 anni, che su base volontaria possono partecipare ai bandi di selezione seguendo le apposite procedure.

Le competenze riguardanti il Servizio civile nazionale sono distribuite dalla legge tra il livello nazionale e quello regionale. In particolare, il D. Lgs. 77/2002 affida all'Ufficio nazionale del servizio civile l'organizzazione, l'attuazione e lo svolgimento del Servizio civile nazionale, nonché la programmazione, l'indirizzo, il coordinamento e il controllo, attraverso l'elaborazione delle direttive e l'individuazione degli obiettivi degli interventi per il Servizio civile su scala nazionale; di contro, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano curano l'attuazione degli interventi di Servizio civile. Esse hanno dunque assunto la competenza gestionale del Servizio civile nazionale, ovvero sono tenute ad istituire l'Albo regionale degli Enti del Servizio civile nazionale appartenenti al proprio territorio e la contestuale costituzione di un ufficio per il Servizio civile in ogni capoluogo di Regione e Provincia Autonoma. Inoltre, esse esaminano ed approvano i progetti presentati dagli enti ed organizzazioni che svolgono attività sul loro territorio; curano il monitoraggio, il controllo e la verifica dell'attuazione dei progetti e infine trasmettono annualmente all'Ufficio nazionale una relazione sui programmi effettuati (artt. 5 e 6 D. Lgs. 77/2002).

In questo contesto, la Regione Emilia-Romagna negli anni si è distinta per l'attenzione specifica che ha riservato al Servizio civile, determinando uno sviluppo peculiare di questa attività nel territorio, fino all'istituzione di un programma apposito su scala regionale.

Infatti, dopo 25 anni di gestione della convenzione col Ministero della Difesa per l'impiego degli obiettori di coscienza, sottoscritta nel 1982, la Regione Emilia-Romagna ha assunto un forte impegno istituzionale in materia di Servizio civile, approvando un progetto sperimentale di valorizzazione dell'esperienza di Servizio civile sulla base di un Protocollo d'intesa firmato a Bologna col Ministero della difesa risalente al 27 giugno 1998, che tra le altre cose prevedeva la partecipazione volontaria delle ragazze – allora escluse da qualsiasi attività di servizio civile - insieme agli obiettori di coscienza. Gli esiti di questa iniziativa, realizzata nel biennio 1998-99, hanno portato all'approvazione della prima legge regionale dell'Emilia-Romagna sul Servizio civile (n.38/1999) e nella seconda metà del 2001 all'attivazione dei primi progetti di Servizio civile finanziati dalla Regione.

Nel 2004, dopo l'approvazione della L.R. 20/03 sul Servizio civile regionale (che è andata a sostituire la precedente legge 38/1999), sono stati finanziati i primi progetti di Servizio civile regionale svolti da 39 giovani di età compresa tra i 18 ed i 28 anni, rivolti esclusivamente a cittadini non italiani, i quali venivano esclusi dal Servizio civile nazionale.

Le esperienze di Servizio civile regionale dei giovani provenienti da altri paesi sono proseguite fino al 2013, con un crescente interesse da parte dei ragazzi e delle ragazze, testimoniato dal numero di domande di partecipazione in costante aumento, che ha avuto il suo culmine col progetto “Per Daniele: Straordinario Come Voi”, realizzato nei territori di Modena, Ferrara, Reggio Emilia e Bologna colpiti dal sisma del maggio 2012 e dedicato a Daniele Ghillani, il giovane di Parma morto il 16 ottobre 2012 mentre svolgeva Servizio civile in Brasile. Ben cento giovani stranieri, in prevalenza cittadini delle province colpite dal terremoto, hanno svolto il Servizio civile regionale insieme a 350 coetanei italiani del Servizio civile nazionale a favore delle popolazioni nella fase post-emergenza dall'8 aprile 2013 al 7 aprile 2014. Un bel risultato!

Dopo l'apertura dei bandi del canale nazionale, nel 2013, ai giovani non aventi la cittadinanza italiana, a partire dal 2014 il Servizio civile dell'Emilia-Romagna è stato proposto a tutti i giovani, italiani e non. In questo modo coesistono nella nostra regione le attività di Servizio civile nazionale e quelle afferenti al Servizio civile regionale, che creano un unico sistema e molteplici possibilità di partecipazione per i giovani cittadini emilianoromagnoli.

IL RUOLO DEL SERVIZIO CIVILE PER IL TERRITORIO

La Regione Emilia-Romagna ha scelto di investire sull'incentivazione e sullo sviluppo del servizio civile in considerazione delle molteplici ricadute positive che esso può avere non solo individualmente sui giovani impegnati, ma anche sulla società e sul territorio nel suo complesso. Infatti, le attività di Servizio civile sono concepite come occasioni di servizio che contribuiscono a combattere uno dei grandi problemi del nostro tempo: la crescente sfiducia e disattivazione dei giovani. Nel contesto economico successivo alla crisi economica degli ultimi anni, i giovani non si sono certo trovati dalla parte dei vincenti nel nuovo sistema del mercato del lavoro, sempre meno inclusivo, che si è venuto a formare. Essi vivono oggi nel paradosso di essere allo stesso tempo la generazione più formata, meglio scolarizzata e maggiormente interconnessa, ma anche quella con meno opportunità di lavoro e crescita personale, a causa di un contesto socio-economico sfavorevole. La percentuale dei giovani senza occupazione in Italia si aggira attorno al 40%, un tasso raddoppiato rispetto agli anni precedenti alla crisi economica (dati Istat).

Tale esclusione dal mondo del lavoro in molti casi conduce a forme di rassegnazione e apatia, che per molti equivalgono a una crescente presa di distanza rispetto alla sfera del pubblico e alle possibilità di formazione sia in ambito lavorativo che scolastico. Tale categoria di giovani è colta dall'acronimo “Neet” (Not (engaged) in Education, Employment or Training), che in Italia rappresenta l'impressionante percentuale del 25% dell'intera popolazione giovanile. In Emilia-Romagna il tasso di disattivazione è del 20%, una percentuale raddoppiata rispetto al 2004 (dati Istat).

In questo contesto piuttosto sconcertante, il Servizio civile va in direzione esattamente contraria, rappresentando un vero e proprio antidoto al disimpegno, un'opportunità di partecipazione che può contribuire a innescare un processo virtuoso di coinvolgimento dei giovani nella società, in modo da evitare che essi rimangano ai margini e diventino, più di altri, vittime della crisi.

Vi è poi una seconda modalità attraverso cui le singole attività di Servizio civile possono contribuire, se messe a sistema, a migliorare le condizioni generali della nostra società. Il Servizio civile, infatti, può rappresentare una catena di trasmissione del patrimonio civico del nostro territorio, che da sempre si caratterizza in questo senso per una particolare ricchezza e robusta tradizione. Per sua natura, infatti, da quando non è più obbligo di legge, ovvero dal 1° gennaio 2005, il Servizio civile è un'opportunità che viene colta da quei cittadini che hanno più a cuore il bene collettivo, mettendo a disposizione tempo e risorse per progetti di formazione sociale, civica, culturale e professionale. Esso dunque incide su una dimensione individuale rivolta al bene collettivo, una predisposizione che diventa nel caso dell'Emilia-Romagna un patrimonio consolidato a livello collettivo. Il nostro territorio è infatti unanimemente riconosciuto dagli scienziati sociali come uno di quelli con il più alto livello di tradizione civica in Italia: un dato oramai incontrovertibile dimostrato dalle ricerche pionieristiche di Robert Putnam in materia di capitale sociale nelle regioni italiane all'inizio degli anni Novanta e recentemente confermate dallo studio di Roberto Cartocci, che ha riproposto il percorso di ricerca dello studioso americano a quasi vent'anni di distanza².

Per tradizione civica, o capitale sociale, si intende una certa propensione dei cittadini a vivere

1 Robert Putnam (1993), "La tradizione civica nelle regioni italiane", Milano, Mondadori editore.

2 Roberto Cartocci (2007), "Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia", Bologna, Il Mulino.

dinamicamente nella società e per il bene della comunità in cui si trovano, frutto questa di una rete di contatti personali che si rinnovano nel tempo attraverso una serie di esperienze collettive e organizzazioni che li coinvolgono. Tra gli indicatori della *civiness* alcuni studiosi includono comportamenti anche quotidiani quali la percentuale di donatori di sangue, la lettura di giornali e quindi l'interesse verso le vicende della propria comunità, e ovviamente la partecipazione ad attività di volontariato. Ci sembra che anche la partecipazione a progetti di Servizio civile, per loro natura, possano essere inseriti in questa prospettiva, e altrettanto verosimilmente si può affermare che questo patrimonio di coesione sociale crei una certa predisposizione tra i giovani della nostra regione verso la partecipazione a progetti di Servizio civile, ma soprattutto che, dall'altro lato, tale partecipazione possa alimentare a sua volta il patrimonio civico nel territorio, innescando un circolo virtuoso di cui in fin dei conti beneficia tutta la nostra comunità. Ne sono state una prova le drammatiche circostanze del terremoto che ha colpito l'Emilia nel 2012, in seguito al quale i progetti di Servizio civile sono stati fondamentali per ricostruire non solo materialmente i nostri territori, ma anche per ricucire e rafforzare il tessuto sociale della nostra regione.

In questo senso va riconosciuto al Servizio civile una componente "sociale" che va ben al di là della pur fondamentale esperienza individuale del giovane che presta un'attività di servizio. L'impegno della Regione è quello di innescare tali esternalità positive, assecondando le energie presenti nel territorio ad attivandone di nuove, così da valorizzare l'impegno dei più giovani nella società, a beneficio del bene comune.

IL SISTEMA REGIONALE DEL SERVIZIO CIVILE

In base ai riferimenti normativi precedentemente illustrati, il sistema regionale del Servizio civile si compone di due pilastri fondamentali.

Il primo dei due pilastri è il Servizio civile nazionale, nell'ambito del quale la Regione svolge le competenze gestionali attribuite dalla legislazione nazionale, quali la tenuta dell'albo degli enti accreditati e la verifica e l'attuazione dei progetti. In questo settore vengono inoltre comprese le

attività di Servizio civile all'estero. In questo campo i finanziamenti provengono dal governo nazionale, e la Regione è tenuta a svolgere dei compiti operativi e gestionali.

Il secondo pilastro, che vede la Regione maggiormente protagonista, è quello del Servizio civile regionale, un programma parallelo a quello nazionale organizzato esclusivamente all'interno dei confini regionali. Esso si struttura su più ambiti, a seconda della platea di destinatari a cui è rivolto. La dimensione maggiormente sviluppata è quella delle attività per i giovani tra i 18 ed i 29 anni, che in origine era rivolto esclusivamente agli stranieri, poiché essi erano esclusi dal canale nazionale, ma che dal 2014 è diventato aperto a tutti (italiani e non). Un secondo ambito è quello del Servizio civile gratuito, rivolto ai minori e agli adulti che vogliono impegnarsi in attività di volontariato e solidarietà. Una terza dimensione è quella recentemente nata dall'esperienza del programma Garanzia Giovani, che rappresenta un terzo ambito su cui si sviluppa anche il Servizio civile, rivolto in questo caso ai giovani che non studiano e non lavorano. Rispetto al Servizio civile regionale, la Regione svolge non solo compiti di coordinamento e gestione, ma di vera e propria pianificazione ed elaborazione normativa. Proprio per questo si è arrivati alla stesura del primo Piano di programmazione triennale che vuole offrire una visione di medio-lungo periodo sull'intero panorama delle iniziative di Servizio civile, sulle sue caratteristiche, i suoi destinatari e le sue potenzialità di ulteriore sviluppo.

Nei prossimi paragrafi verranno dunque analizzati gli aspetti più rilevanti di ognuno dei due pilastri del sistema regionale del Servizio civile, partendo da quello nazionale (Parte I) per arrivare a quello regionale e alle sue diverse diramazioni (Parte II), presentando i dati che li hanno caratterizzati negli ultimi anni e discutendo le implicazioni che tali cifre possono suggerire. Nella terza e ultima parte del documento saranno infine illustrati la visione di mandato e gli obiettivi operativi del Servizio civile nella nostra regione per i prossimi tre anni.

PARTE I

IL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE IN EMILIA-ROMAGNA

Il primo ambito in cui opera la Regione Emilia-Romagna in materia di Servizio civile è dunque quello della gestione del Servizio civile nazionale, secondo le competenze stabilite dal D. Lgs. 77/2002, che affida a queste ultime competenze e responsabilità amministrative sul tema. In questa sezione vengono presentati e discussi alcuni aspetti di questo primo pilastro del sistema regionale del Servizio civile, in modo da fornire il quadro generale nell'ambito del quale la Regione è chiamata a svolgere i suoi compiti di coordinamento e gestione non solo ora, ma anche nel prossimo triennio (2016-2018).

1.1. IL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE DEI GIOVANI IN ITALIA E ALL'ESTERO: LE COMPETENZE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Nell'ambito della distribuzione delle competenze, alle regioni compete la fase di attuazione e gestione effettiva dei progetti di Servizio civile: esse si occupano dell'albo regionale degli enti del Servizio civile nazionale appartenenti al proprio territorio e della contestuale costituzione di tale servizio in ogni capoluogo di Regione e Provincia Autonoma. Inoltre, i governi regionali esaminano e approvano i progetti presentati dagli enti e organizzazioni che svolgono attività sul loro territorio, curano il monitoraggio, il controllo e la verifica dell'attuazione dei progetti e infine trasmettono annualmente all'Ufficio nazionale una relazione sui programmi effettuati.

Nella componente di gestione del Servizio civile nazionale ricade anche la gestione e la promozione delle attività di Servizio civile all'estero, un settore verso il quale la Regione Emilia-Romagna ha sempre avuto una particolare attenzione. Questa risale agli inizi degli anni Novanta, quando alcuni obiettori di coscienza decisero di recarsi nella ex- Jugoslavia durante la guerra civile per alleviare le sofferenze della popolazione civile e cercare una risposta non violenta alla gestione del conflitto, disobbedendo ai divieti all'espatrio. La loro esperienza concretizzò nel 1994 con la missione dei "Caschi Bianchi", obiettori di coscienza determinati a svolgere parte del Servizio civile nel campo profughi per cittadini bosniaci situato a Pola (Croazia), che a sua volta fu ripresa ed ampliata da un gruppo di associazioni (Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, Caritas Italiana, Focsiv, Gavci) che diedero vita alla rete dei "Caschi Bianchi". I Caschi Bianchi videro il loro primo

riconoscimento sostanziale col progetto sperimentale per la valorizzazione del Servizio civile promosso proprio dalla Regione Emilia-Romagna, sulla base di un protocollo d'intesa sottoscritto dal Presidente Antonio La Forgia e dal Ministro della difesa Beniamino Andreatta, i cui esiti portarono alla L.R.38/1999.

La Regione Emilia-Romagna ancora oggi promuove progetti di Servizio civile all'estero, ed il Fondo regionale per il Servizio civile sostiene questa esperienza sia nella sensibilizzazione, sia nella concreta attuazione mediante un finanziamento annuale, appoggiando inoltre numerose iniziative realizzate dalla rete "Caschi bianchi", quali la legittimazione nel progetto sperimentale del biennio 1998-99, il convegno internazionale sul Servizio civile all'estero "Servire la Pace e difendere i diritti umani" (tenutosi a Rimini nel 2003), i seminari regionali di formazione sul Servizio civile all'estero (a Bologna e Ferrara nel 2006 e 2007), la mostra fotografica "Come ospiti nel mondo: Immagini "sulla strada" di giovani in Servizio Civile all'Estero" realizzata grazie agli scatti dei giovani in Servizio civile nel sud del mondo, ed infine il sito internet "Antenne di pace", che raccoglie notizie e materiale dei Caschi Bianchi in Servizio civile nel mondo (www.antennedipace.org).

Per ciò che riguarda le attività di Servizio civile nazionale in Italia, in virtù del D. Lgs. 77/2002 la Regione Emilia-Romagna ha istituito e cura la tenuta dell'albo regionale del Servizio civile, al quale si possono accreditare gli enti senza fini di lucro che abbiano sede legale in Emilia-Romagna e siano operativi al massimo in quattro regioni. Gli enti accreditati, nella loro diversa natura, sono quelle strutture, associazioni o enti pubblici presso le quali possono essere svolte le attività di Servizio civile, previa presentazione e positiva valutazione di un progetto. Al 31 ottobre del 2015 il numero degli enti accreditati all'Albo del servizio civile della Regione Emilia-Romagna è pari a 283, con 24 istanze di iscrizione in corso di valutazione. Seppure con leggere variazioni negli anni, il numero degli enti titolari dal 2005 a oggi si è sempre attestato poco sopra le 250 unità, dopo il cospicuo aumento avvenuto tra il 2004 e il 2005, che hanno rappresentato i primissimi anni del nuovo sistema di Servizio civile, quando si è assistito a un vero e proprio salto (da 90 enti titolari a 204!).

Figura 1: Enti accreditati in Emilia-Romagna (2004-2015)

Il numero degli enti accreditati, però, deve essere tradotto con la lente dell'accREDITamento in forma associata, da sempre sostenuto dal sistema regionale e valorizzato in sede di valutazione dei progetti. Infatti, 16 accREDITamenti sono effettuati in forma associata, vale a dire che a fronte di sedici enti titolari dell'accREDITamento (definiti "enti padri" a livello di banca dati informatica) ci sono 149 organizzazioni definite "enti figli" legati tra di loro da vincoli associativi, canonico-pastorali, consortili, federativi oppure in partenariato. Il numero effettivo degli enti accREDITati all'Albo regionale del servizio civile dell'Emilia-Romagna, di conseguenza, è al momento pari a 432 (283 enti titolari, più 149 enti associati).

Le attività di Servizio civile nazionale e la loro gestione vengono finanziate per mezzo di risorse statali, che negli anni hanno però subito una tendenza alla diminuzione, con leggere inversioni di tendenza nel 2013 e nel 2015, come mostrato nella figura sottostante.

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015

283

265

236

252 252 252

265

278

250 252

204

90

Figura 2: Risorse del FNCS, 2002-2015 (dati in milioni di euro)

Sebbene precedenti misure stabilissero che il Fondo per il prossimo triennio si dovesse attestare sulle cifre del 2015 (ovvero circa 116 milioni di Euro), in vista dell'istituzione del Servizio Civile

Universale per il coinvolgimento di centomila giovani l'anno in attività del terzo settore, l'attuale governo ha deciso di incrementare i fondi destinati al Servizio civile. Tale aumento è stato stabilito con il decreto legge n. 185 del 25 novembre 2015, recante “Misure urgenti per interventi nel territorio”, il quale prevede all’articolo 12 che “Al fine di aumentare il numero dei volontari da avviare al Servizio civile nazionale, la dotazione del Fondo nazionale per il servizio civile (...) è incrementato di 100 milioni di euro per l’anno 2015.”

Nell’ottica delle competenze demandate alle regioni in materia di Servizio civile, va specificato che il Fondo nazionale per il servizio civile si compone di due parti: la prima, e più cospicua, serve a finanziare le attività e coprire il rimborso a coloro che prestano servizio; la seconda, in costante calo negli anni ed oramai residuale, è invece rappresentata dalla quota che viene erogata alle regioni per l’attuazione delle competenze trasferite dal D. Lgs. 77/2002 (in particolare per le attività di formazione e sensibilizzazione dei giovani, di formazione e aggiornamento dei formatori, degli operatori locali di progetto e delle altre figure del servizio civile) già oggetto di definizione nell’Intesa approvata in Conferenza Stato-Regioni il 26 gennaio del 2006. A fronte dell’inversione di tendenza nella dotazione complessiva del Fondo nazionale avvenuta negli ultimissimi anni, va però notato che, paradossalmente, la quota dello stesso Fondo erogata alle regioni ogni anno ha subito un costante ribasso. In dieci anni, ovvero dal 2005 al 2015, lo stanziamento per le regioni si è ridotto di circa dieci volte, passando da un finanziamento totale di 5 milioni di euro, divenuti addirittura 5,5 nel 2008, a 550 mila euro nel 2015, suddivisi tra risorse per la formazione e l’informazione (300 mila euro), e risorse per il funzionamento (250 mila euro).

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
121	119	119											
221													
238													
296													
266													
211													
170													
123													
70													
124													
102													
116													

In Emilia-Romagna si è avvertita la necessità di sopperire alla decurtazione del finanziamento nazionale, investendo quanto più possibile sul settore anche con risorse proprie del bilancio regionale. Esigenza che è diventata realtà nel corso del 2015 quando con l’ingresso della Giunta Bonaccini si è deciso di stanziare 600 mila euro del bilancio regionale al servizio civile rispetto ai 500 mila dell’anno precedente (+20%).

Tabella 1: Quota del FNCS destinata alle regioni (dati in milioni di euro)

1.2. I NUMERI DEL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE IN EMILIA-ROMAGNA

L’andamento delle risorse stanziare dal Fondo nazionale per il servizio civile si rispecchia ovviamente nella quantità di posti finanziati. Il numero di questi ultimi è infatti determinato da due diverse componenti, a seconda delle modalità di valutazione dei progetti. Una prima parte è relativa ai progetti degli enti iscritti ai diversi albi regionali: la loro valutazione si svolge in ambito regionale e le risorse disponibili per il loro finanziamento sono ripartite tra le regioni. Complessivamente essi

rappresentano il 46% del totale dei posti finanziati. Di conseguenza, il numero di progetti finanziato in ogni regione all'interno di questa componente è proporzionale al fondo stanziato a livello nazionale. La seconda componente si riferisce invece ai progetti degli enti iscritti all'Albo nazionale, e rappresentano il 54% dei posti disponibili. La loro valutazione non avviene a livello regionale, ma essa viene effettuata dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile (UNSC) senza alcuna ripartizione territoriale. In teoria dunque potrebbero essere finanziati progetti di una sola regione.

Tipo di
Trasferimento 2005 2008 2011 2015
Differenza
assoluta
(2005-2015)
Differenza
percentuale
Formazione/
Informazione 5 1,8 0,4 0,3 -4,7 -94%
Funzionamento - 3,7 0,91 0,25 -3,45 -93%
TOTALE 5 5,5 1,31 0,55 -8,15 -94%

Non è casuale, pertanto, se fino al 2006, quando la distribuzione dei posti era determinata unicamente dalla valutazione formale dei progetti da parte dell'Ufficio nazionale per il servizio civile, i progetti fossero concentrati in particolare in alcune regioni (nello specifico: Sicilia, Campania e Puglia), mentre altre venivano completamente escluse. In questo contesto, in Emilia-Romagna nel 2006 i posti finanziati furono 2.657. A partire dal 2007, con la cogestione delle regioni e delle province autonome - e dunque con l'istituzione dei diversi albi regionali e la valutazione dei progetti in capo alle regioni - si è assistito a una lenta redistribuzione dei posti sull'intero territorio nazionale, evitando così il rischio di un servizio civile concentrato esclusivamente in alcune regioni.

Va notato che nelle annualità del 2012 e del 2014 il programma nazionale del Servizio civile non è stato avviato a causa della scarsità delle risorse messe a disposizione.

Tali risorse sono poi confluite nelle annualità successive, e dunque nel 2013 e 2015.

I dati riferiti al numero di posti finanziati in Emilia-Romagna vanno dunque letti sulla base di queste considerazioni, per cui per ogni anno sono indicate le due componenti dei posti di Servizio civile finanziati in regione, quella nazionale (su valutazione operata dall'Ufficio Nazionale del Servizio Civile sui progetti presentati dagli enti iscritti all'albo nazionale), e quella regionale (su valutazione regionale dei progetti presentati dagli enti iscritti alla sezione regionale dell'albo).

Tabella 2: Posti di Servizio civile finanziati in Emilia-Romagna (2006-2015)
ANNO 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2013 2015
Posti finanziati
(nazionale) 2.657 1.778 1.219 826 838 616 902 1.297
Posti finanziati
(regionale) - 1.117 758 717 486 492 513 770
TOTALE 2.657 2.895 1.977 1.543 1.324 1.108 1.415 2.067

Nel complesso, dunque, in Emilia-Romagna dal 2005 a oggi sono stati finanziati un totale di 14.990 posti di Servizio civile nazionale, per circa due terzi rappresentati da progetti di enti iscritti all'albo nazionale, e per un terzo da progetti di enti iscritti alla sezione regionale dell'albo. All'interno dei

posti finanziati, rimangono piuttosto stabili le percentuali di suddivisione di tali posti tra i diversi settori di attività. I dati dimostrano una preminenza storica delle attività di Servizio civile nel settore dell'assistenza (54% del numero complessivo di posti finanziati), seguite da quelle nell'educazione e promozione culturale (29%), patrimonio artistico (11,8%) e infine una parte residuale dedicata al Servizio civile all'estero, ad attività di protezione civile e di tutela dell'ambiente.

Tab. 3: Posti di Servizio civile finanziati (2006-2015): i settori di attività

A fronte dei posti finanziati, vanno analizzate quante sono state le domande di partecipazione alle attività del Servizio civile pervenute nella regione Emilia-Romagna. A questo proposito, va notato che in seguito ad un calo avvenuto tra il 2006 e il 2008, le domande hanno subito un deciso e costante incremento a partire dal 2009. Tale aspetto potrebbe in parte essere ricondotto alla crisi economica e alla crescente disoccupazione giovanile, che ha indirettamente aumentato l'interesse dei giovani in regione verso le attività del Servizio civile, anche se queste non sono da considerarsi come un "lavoro".

È ben noto ai destinatari del Servizio civile, nonché agli amministratori preposti a stanziare le risorse per finanziarlo, che il settore dell'impegno solidale non ha nulla a che vedere con il mondo del lavoro retribuito; si tratta di due canali differenti e non sarebbe in nessun modo giustificabile pensare che un'esperienza di servizio e partecipazione civile possa essere un modo più o meno nascosto di finanziare lavori e lavoretti in un momento in cui le occasioni di lavoro vero sono diminuite. È un punto questo che va ribadito con forza; il Servizio civile offre un'opportunità di crescita e di sviluppo delle proprie capacità nelle diverse comunità territoriali e in un continuo interscambio con altre persone che è unico nelle sue caratteristiche, sino ad avere un valore in sé, ben differente da una esperienza di impiego remunerato.

Settore di	attività	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2015	Totale	%
Ambiente		96	61	39	24	9	9	5	13	256	1,7%
Assistenza		1.415	1.523	1.097	738	735	568	868	1.165	8.109	54,1%
Educazione e											
Promoz. culturale		730	874	616	501	370	367	295	651	4.404	29,4%
Patrimonio											
artistico e culturale		370	390	178	236	149	107	185	149	1.764	11,8%
Protezione Civile		27	21	8	4	10	3	3	3	79	0,5%
Servizio civile											
all'estero		19	26	39	40	51	54	59	90	378	2,5%
TOTALE		2.657	2.895	1.977	1.543	1.324	1.108	1.415	2.067	14.990	100%

È un errore dunque ritenere che solamente la crisi economica sia alla base dell'aumento delle richieste di servizi civili; più verosimilmente assistiamo a una quota crescente di giovani e ragazze che avvertono un'elevata propensione verso la sfera del pubblico, delle attività solidaristiche e di assistenza e più in generale verso la cittadinanza attiva. Un dato che non può che lasciare piuttosto soddisfatti.

Tab. 4: Domande pervenute per attività di Servizio civile (2005-2015)

Osservando ora la distribuzione per sesso delle domande, risulta che storicamente le donne hanno avuto un maggior interesse nei confronti del Servizio civile nazionale, rappresentando sempre una quota superiore al 60% del totale delle domande pervenute.

(nazionale) 1.458 2.058 1.220 752 699 722 519 836 1.088
Posti avviati
(regionale) - - 831 578 706 482 493 513 760
TOTALE 1.458 2.058 2.051 1.330 1.405 1.204 1.012 1.349 1.848

I numeri mostrano complessivamente un sistema di Servizio civile nazionale che in Emilia-Romagna funziona, con un numero di enti accreditati presso l'albo nazionale così come nella sezione dell'albo regionale capaci di presentare un buon numero di progetti che poi vengono finanziati. Va altresì notato che il numero di domande pervenute ogni anno è sensibilmente maggiore rispetto al numero di posti effettivamente avviati. I fondi a disposizione per il finanziamento delle attività di Servizio civile non riesce cioè a soddisfare le domande dei ragazzi e delle ragazze della regione: in alcuni casi le domande pervenute sono il triplo rispetto ai posti finanziati (ad esempio nel 2011 sono stati avviati 1.012 attività a fronte delle 3.905 domande pervenute), e la percentuale cresce ulteriormente negli ultimissimi anni, quando i posti effettivamente finanziati non soddisfano che un quarto delle domande pervenute (nel 2013: 7.366 domande e 1.349 posti avviati; nel 2015: 6.231 domande e 1.848 posti avviati).

PARTE II

IL SERVIZIO CIVILE REGIONALE IN EMILIA-ROMAGNA

L'esperienza della Regione Emilia-Romagna in materia di Servizio civile è peculiare poiché negli anni essa ha costruito, di fianco e in maniera complementare alle attività di Servizio civile nazionale per le quali è titolare delle competenze gestionali, un proprio programma di Servizio civile regionale, originariamente destinato ad una platea di destinatari che non venivano interessati dal programma nazionale, ad esempio coloro che non avevano la cittadinanza italiana. Oggi il programma di Servizio civile regionale si sviluppa su tre linee di intervento distinte: la prima è quella che riguarda i giovani, italiani e stranieri, tra i 18 e i 29 anni; la seconda quella che riguarda gli adulti e i minori che vogliono prestare servizio gratuitamente; la terza è rappresentata dalle attività di Garanzia Giovani, il programma dell'UE contro la disoccupazione giovanile, per il quale le attività di Servizio civile regionale sono state considerate eleggibili.

In questa parte del documento vengono brevemente ripercorse le origini del Servizio civile regionale e chiarite le diverse linee sulle quali esso si sviluppa. Vengono inoltre presentati alcuni dati che testimoniano il suo sviluppo negli ultimi anni, in modo da gettare le basi per le linee di programmazione che verranno delineate nella terza e ultima sezione del documento.

2.1 IL SISTEMA DEL SERVIZIO CIVILE IN EMILIA-ROMAGNA

I primi progetti di Servizio civile interamente finanziati dalla Regione risalgono alla seconda metà del 2001. Le origini del programma regionale del Servizio civile, istituito con la legge regionale 38 del 1999 e modificata dalla più recente legge 20 del 2003 durante la presidenza di Vasco Errani, è da ritrovarsi nell'opportunità che negli anni la Regione Emilia-Romagna ha offerto a quelle categorie che venivano escluse dal Servizio civile nazionale, ovvero le ragazze e i cittadini di nazionalità non italiana. Il Protocollo d'intesa firmato a Bologna col Ministero della difesa nel 1998 prevedeva infatti la partecipazione volontaria delle ragazze - allora escluse da qualsiasi attività di Servizio civile - insieme agli obiettori di coscienza. Allo stesso modo, nel 2004 sono stati finanziati i primi progetti di Servizio civile regionale svolti da 39 giovani di età compresa tra i 18 ed i 28 anni, rivolti esclusivamente a cittadini non italiani, i quali venivano esclusi dal Servizio civile nazionale.

Dal momento che dal 2013 i bandi del Servizio civile nazionale sono aperti anche ai giovani non aventi la cittadinanza italiana, a partire dal 2014 il Servizio civile regionale dell'Emilia-Romagna è stato proposto a tutti i giovani, italiani o provenienti da altri Paesi.

L'unica differenza riguarda l'età dei destinatari delle attività di Servizio civile, che per il programma nazionale sono 18-28 anni, mentre per il servizio regionale arrivano fino ai 29 anni.

Di fianco a questa prima linea di intervento rivolta ai giovani italiani e stranieri, una seconda linea di intervento è rivolta anche ai minori e agli adulti. L'obiettivo generale della L.R. 20 del 2003 del

“Servizio civile per tutti in tutto l’arco della vita” trova infatti un significativo contributo nel coinvolgimento dei minori e degli adulti, che spontaneamente e gratuitamente desiderano impegnarsi in attività di solidarietà e di condivisione previste in appositi progetti proposti dagli enti accreditati all’Albo regionale. L’idea originaria era quella di non relegare l’esperienza del Servizio civile ad un unico segmento di popolazione, ad una unica categoria, ma di poterla estendere anche e in misura trasversale ad altri gruppi di cittadini, tagliando trasversalmente età anagrafica, appartenenza etnica e qualsiasi altro requisito.

Negli ultimi anni, purtroppo, non è stato possibile proporre progetti di Servizio civile regionale per adulti per motivi organizzativi e cioè legati agli enti che propongono progetti, ma questo non significa che nel prossimo triennio non si possa, se possibile, invertire la tendenza. Continuiamo a credere che buone relazioni intergenerazionali siano del tutto necessarie per mantenere un livello adeguato di coesione sociale. Il rapporto tra giovani e adulti che viene a crearsi nel servizio civile è infatti potenzialmente diverso da quello che si vive in altri contesti - famiglia e scuola - dove le asimmetrie sono più marcate e le difficoltà di dialogo più presenti. In questo senso un servizio civile che favorisce forme diffuse di impegno congiunto tra giovani e adulti, al di fuori di ogni visione escludente e di ogni paradigma che separa e parcellizza la cittadinanza per età, contribuirebbe a introdurre nuovi e importanti valori nei rapporti tra generazioni diverse.

Ulteriore novità dell’ultimo periodo è l’esperienza del Servizio civile regionale di Garanzia Giovani, in attuazione dell’omonimo programma europeo. Sulla base della raccomandazione del Consiglio dell’Unione Europea del 22 aprile 2013, e nell’ambito della strategia Europa 2020 per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, la Commissione europea ha istituito un programma di garanzia nei confronti dei giovani che non studiano e non lavorano, offrendo loro varie possibilità di attivazione, attraverso lo svolgimento di attività di tirocinio e avviamento al lavoro, interamente finanziate dal Fondo Sociale Europeo. In Italia il Servizio civile è stato individuato come una delle misure per dare attuazione a Garanzia Giovani, e in Emilia-Romagna questo si è tradotto nella possibilità di svolgere un’attività nell’ambito del Servizio civile regionale. L’iter è stato avviato con la presentazione e la successiva approvazione dei progetti dedicati (determina dirigenziale n. 11339/2014), che hanno portato il 19 agosto del 2014 alla pubblicazione della “Banca dati dei progetti Servizio civile regionale per l’attuazione di Garanzia Giovani”) e nel 2015 (marzo-aprile, 6 luglio e 29 ottobre) all’impegno di centinaia di giovani (405 progetti avviati a fronte di 527 posti finanziati, pari ad un finanziamento di 2,1 milioni di euro) tra i 18 e i 29 anni in progetti Servizio civile regionale di Garanzia Giovani nei settori dell’assistenza, dell’educazione, della tutela del patrimonio culturale e artistico per periodi dai 6 agli 11 mesi, come previsto dal singolo progetto.

2.2. I COORDINAMENTI PROVINCIALI DEGLI ENTI DI SERVIZIO CIVILE

All’interno del sistema regionale del Servizio civile un ruolo fondamentale è svolto dai Coordinamenti Provinciali degli Enti di Servizio Civile (Co.Pr.E.S.C), istituiti dalla Legge regionale del Servizio civile. Essi sono il risultato di una valutazione condotta dalla Regione insieme agli enti del terzo settore sul senso e sugli esiti di esperienze di coordinamento che nel Servizio civile sono state attivate negli anni novanta in alcune realtà provinciali del territorio emiliano-romagnolo.

I Co.Pr.E.S.C. sono associazioni di natura mista, composte cioè da soggetti pubblici e privati, interessate a promuovere il Servizio civile, senza sostituirsi agli enti che direttamente promuovono i progetti di volontariato che rimangono titolari e responsabili della gestione, ma favorendone e sostenendone l’impegno. Nei Co.Pr.E.S.C. gli enti sono chiamati a raccordarsi per elaborare progetti di Servizio civile che abbiano ripercussioni virtuose sul territorio, attraverso la condivisione degli esiti delle singole esperienze progettuali, la redazione della “mappa del valore” generato dai diversi percorsi di attività e la definizione condivisa del Piano provinciale del Servizio civile.

All’interno di tali istituti di coordinamento gli enti che promuovono i progetti possono concordare su talune azioni quali: la sensibilizzazione dell’opinione pubblica rispetto ai valori e agli obiettivi del Servizio civile, la promozione del Servizio civile sul territorio in coincidenza con la pubblicazione dei bandi, evitando così che ciascun ente promuova solo il “proprio” progetto e

trascuri un lavoro di orientamento che coinvolga anche chi ha meno di 18 anni; l'orientamento dei giovani nella fase della scelta del percorso a cui partecipare; il sostegno e l'accompagnamento formativo al personale degli enti e ai giovani; la condivisione dei criteri di qualità secondo i quali organizzare e monitorare il Servizio civile; l'individuazione dei settori prioritari di impegno e dei posti disponibili in seguito a un'analisi congiunta dei bisogni principali del territorio, evitando così una distribuzione dei posti non congruente con la dimensione e il ruolo degli enti e con i problemi da affrontare; la costruzione delle relazioni di scambio con scuole, università, volontariato, mondo del lavoro e di un sistema locale di incentivi, riconoscimenti e di reinvestimento dell'esperienza del Servizio civile; l'ottimizzazione delle risorse disponibili (dello Stato, della Regione, degli enti) e il reperimento di nuove risorse presso fondazioni, università, centri di servizio per il volontariato.

2.3 I NUMERI DEL SERVIZIO CIVILE IN EMILIA-ROMAGNA

Per partecipare al sistema regionale del Servizio civile e ai bandi, le sedi emiliano romagnole degli Enti iscritti all'Albo nazionale possono chiedere l'iscrizione alla seconda sezione dell'Albo regionale. Dal 2006 ad oggi il numero degli enti accreditati nella seconda sezione dell'albo regionale è costantemente aumentato, passando dai 35 iniziali agli attuali 75. La variazione negativa nel 2015 (da 77 a 75) è dovuta agli Enti transitati dall'Albo nazionale a quello regionale, e pertanto cancellati dalla seconda sezione.

Figura 3: Enti accreditati per il Servizio civile regionale in Emilia-Romagna

Le attività del Servizio civile regionale sono finanziate dal Fondo regionale del servizio civile, istituito dall'art. 23 della Legge regionale n. 20 del 2003, ma già delineato dalla previgente L.R. 38 del 1999. Esso è prioritariamente dedicato al finanziamento degli assegni di Servizio civile regionale riconosciuti ai giovani impegnati in questa esperienza.

Inoltre il Fondo regionale sostiene l'esperienza di Servizio civile nazionale all'estero e i percorsi di condivisione degli esiti del monitoraggio interno dei progetti realizzati dai singoli enti, oltre a integrare la quota del Fondo nazionale che la regione destinerebbe al finanziamento delle attività coordinate e congiunte realizzate in ambito Co.Pr.E.S.C., riguardanti i percorsi di formazione e di aggiornamento degli operatori locali di progetto, nonché dei formatori, realizzati dalla regione, la sensibilizzazione coordinata e congiunta.

In considerazione tra l'altro della costante diminuzione, fin quasi all'annullamento totale, della quota del Fondo nazionale destinato alle regioni, il ruolo delle risorse regionali, come già anticipato, è diventato ancora più centrale e funzionale alla buona riuscita delle attività di Servizio civile in regione, nazionali e regionali.

I finanziamenti della regione per il Servizio civile regionale, fino al 2013 per i giovani stranieri e poi aperto a tutti nel 2014 e 2015, ha avuto un andamento costante e un significativo incremento nel 2015 (+20%).

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
77	75								
65	67	68	70						
59	60								
48									
37									

ab. 7: Risorse regionali per il Servizio civile regionale Risorse aggiuntive a quelle della Regione sono state quelle del programma europeo di Garanzia Giovani, pari a € 2.095.161,75, tra la fine del 2014 e l'inizio del 2015. Per il prossimo triennio le risorse del Fondo regionale del servizio civile sono confermate in 600.000 euro annui.

Come previsto dall'art. 44 della L.R. 8 del 2014, a modifica dell'art. 23 della L.R.20 del 2003, «Al finanziamento del Fondo regionale per il servizio civile possono concorrere risorse di cui al comma 3 ed erogazioni liberali di soggetti privati destinate allo sviluppo del Servizio civile regionale. Tali risorse possono essere vincolate, a richiesta del conferente, per progetti specifici di Servizio civile. Per le stesse finalità di spesa previste dalla presente legge possono direttamente provvedere le risorse della quota parte del Fondo speciale regionale del volontariato di cui all'art. 15, comma 3, della legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge quadro sul volontariato)». Nel 2014 grazie alla previsione che precede sono stati autofinanziati progetti da parte dell'Unione dei Comuni Modenesi Area Nord (17.280€ per 6 posti), della Fondazione Manodori di Reggio Emilia (81.000€ per 21 posti) e della Camera di commercio di Reggio Emilia (50.000€ per 14 posti). Nel 2015 invece non è stato autofinanziato alcun progetto di Servizio civile regionale.

Guardando ai dati sui posti finanziati nell'ambito del Servizio civile regionale vanno dunque prese in considerazione le diverse fonti di finanziamento: regionale, autofinanziamento e programma Garanzia Giovani. I dati riportati in tabella mostrano che i posti finanziati dai fondi regionali sono passati da 39 nel 2004 (quando il programma era destinato ai cittadini di nazionalità non italiana), ai 178 del 2015 (ora che il programma è rivolto a cittadini italiani e stranieri), con un andamento crescente negli anni ad eccezione del biennio 2011-2012, anno tra l'altro in cui le attività di Servizio civile regionale si sono concentrate nel progetto sisma, in seguito al terremoto che ha colpito l'Emilia.

ANNO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Risorse									
regionali	507.000	507.000	459.000	507.000	507.000	507.000	507.000	507.000	600.000

Tab. 8: Domande di Servizio civile regionale pervenute (2004-2015)

Così come accade per il programma di Servizio civile nazionale, anche nel regionale le domande di partecipazione superano sensibilmente i posti che possono essere effettivamente finanziati dalle risorse a disposizione. Dai valori presenti in tabella risulta che per ogni anno le domande di partecipazione sono state circa tre volte superiori al numero di posti finanziati, ad eccezione degli ultimi due anni. Il 2014 e il 2015 sono infatti anche gli anni dell'apertura del Servizio civile regionale a tutti i giovani, italiani e stranieri, mentre in precedenza lo stesso era rivolto solo ai cittadini comunitari e stranieri. Questo ha fatto sì che la platea dei destinatari si allargasse sensibilmente, e con essa anche le domande pervenute. A fronte di queste, tuttavia il numero dei posti finanziati non è aumentato nella stessa proporzione.

Tab. 9: Posti di Servizio civile regionale finanziati (2004-2015)

Nel complesso, i posti di Servizio civile regionale avviati dal 2004 ad oggi sono stati 1733. Il numero comprende i progetti di Servizio civile Garanzia Giovani avviati tra il 2014 e il 2015, così come i progetti autofinanziati nel 2014.

Nei due anni di applicazione è evidente che l'apertura generalizzata del Servizio civile regionale ha avuto l'effetto di contenere la partecipazione dei giovani provenienti da altri paesi, sia rispetto al numero di domande (-73% pari a oltre 340 domande di partecipazione di stranieri in meno rispetto al 2013) dato più eclatante perché dovuto anche - forse soprattutto - ad una auto-esclusione attuata dagli stessi ragazzi, sia rispetto al numero di giovani avviati all'esperienza (-79% pari a 104 giovani stranieri coinvolti in meno rispetto al 2013), dato che invece richiama l'inadeguatezza per il Servizio civile dei criteri di selezione che tendono a premiare chi ha più titoli/esperienze/potenzialità e dovrebbero dunque essere rivisti per un Servizio civile che vuole essere complementare a quello nazionale. Occorre dunque riflettere su come incoraggiare una maggiore e piena adesione da parte degli enti alle finalità di integrazione e inclusione che il Servizio civile regionale intende perseguire. Così come è bene riflettere sulle modalità tramite le quali

coinvolgere giovani diversamente abili, con bassa scolarizzazione e in condizioni di disagio sociale, che si dimostrano molto interessati alla opportunità del Servizio civile, spesso senza una risposta positiva.

ANNO 2004 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
TOTALE 39 78 102 106 134 124 100 133 168 178
ANNO 2004 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015
Domande
SCR
pervenute
83 191 237 309 380 412 318 475 1.699 881

Un'ultima annotazione riguarda l'esperienza di Garanzia Giovani, anche se ancora nel pieno della sua attuazione. Nel 2015, ovvero dall'inizio dell'esperienza, sono stati 527 i posti approvati e inseriti nella banca dati del Servizio civile regionale ed eleggibili per le attività di Garanzia Giovani. Sono invece 531 i nominativi di giovani tra i 18 e i 29 anni, che non lavorano e non studiano (i "Neet"), segnalati dai Centri per l'impiego dopo la presa in carico e l'orientamento. Tra questi, 405 giovani sono stati effettivamente avviati in tre diversi gruppi: 144 tra marzo e aprile 2015, 108 il 6 luglio 2015, 154 il 29 ottobre 2015.

Si tratta di 163 ragazzi e 242 ragazze; la loro età è in maggioranza compresa tra 25 e 29 anni, pari a 235 posti; i restanti hanno invece un'età compresa tra i 19 e i 24 anni (170 posti). Vanno segnalate infine 125 rinunce arrivate prima di iniziare il Servizio civile regionale di Garanzia Giovani e 37 interruzioni dopo l'inizio di una attività.

PARTE III.

GLI OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2016-2018

Alla luce dei dati esposti, e in particolare in considerazione dell'alto numero di domande che provengono dai giovani per lo svolgimento di un'attività di Servizio civile nella nostra regione, sembra opportuno cogliere l'occasione di questo documento di programmazione triennale per confermare il pieno sostegno alla proposta di Servizio civile nazionale, mediante azioni finalizzate a consentire la partecipazione di giovani, enti, comunità e territori, e ribadire al tempo stesso il ruolo integrativo, complementare dell'esperienza di Servizio civile regionale rispetto alla proposta nazionale, e in considerazione delle ricadute positive che questo può avere sia a livello individuale che collettivo. Tale obiettivo prioritario va perseguito attraverso l'allargamento della platea dei destinatari delle attività di Servizio civile, nonché attraverso il riconoscimento di forme di incentivazione, come qui di seguito esposto.

3.1. I SETTORI PRIORITARI

Fatti salvi eventuali interventi del Servizio civile in occasione delle dichiarazioni di calamità naturali, viene confermata la scelta di dare preminenza a risorse, esigenze e bisogni individuati e condivisi nei territori, attraverso lo strumento del Piano provinciale del servizio civile, predisposto in esito ai percorsi coordinati dal Co.Pr.E.S.C. e congiunti tra più enti accreditati all'Albo del servizio civile, che partendo dalle riflessioni di ciascun soggetto, maturate durante la realizzazione del monitoraggio interno dei propri progetti e raccolte nel report finale, portino, attraverso un confronto reciproco, al riconoscimento condiviso dei prodotti sociali generati dall'esperienza di Servizio civile, raccolti nella mappa del valore del Servizio civile. Al fine di valutare tale aspetto, l'indicatore che verrà preso in considerazione è la predisposizione dei Piani provinciali del servizio civile, in ambito Co.Pr.E.S.C..

Gli ambiti che saranno prioritari nel prossimo triennio sono due. Il primo, nel rispetto della disciplina nazionale vigente e in base alle effettive necessità segnalate dai diversi territori, è individuato nella realizzazione da parte della regione dei corsi di formazione per quei formatori di

formazione generale accreditati all'Albo del servizio civile, che mancano di una esperienza specifica di approfondimento e riflessione sul tema e che pertanto si sono impegnati a frequentare un apposito percorso di formazione organizzato dalla regione, da considerarsi in aggiunta ai requisiti richiesti per l'accreditamento (due anni, minimo 50 giornate di formazione in media per anno, o 1000 ore di esperienza come formatore negli ultimi sei anni). Il secondo obiettivo è quello di ottenere la convocazione da parte di ciascun Co.Pr.E.S.C. di almeno un incontro di aggiornamento all'anno per gli operatori locali di progetto (OLP), al fine di scambiarsi reciprocamente informazioni e conoscenze sulle diverse esperienze e di far crescere dal basso prassi condivise di operare. Si vuole cioè evitare il rischio che si crei un'elevata frammentazione e separazione tra iniziative diverse, magari significative, ma molto confinate ad alcune singole realtà territoriali o a esperienze di nicchia con difficoltà di generalizzazione a livello inter-provinciale e regionale.

A questo proposito, gli indicatori adatti a valutare il perseguimento o meno di tali obiettivi saranno ovviamente l'eventuale realizzazione, in base alle necessità segnalate di uno o più corsi di formazione per formatori accreditati per il training generale e l'effettuazione degli incontri di aggiornamento per operatori locali di progetto (almeno uno per anno per ciascun Co.Pr.E.S.C.).

3.2. I CRITERI DI AMMISSIONE

Il Servizio civile è, potenzialmente, per tutte le persone interessate, per tutti gli enti motivati e per tutte le comunità locali emiliano-romagnole, nazionali e finanche internazionali. In quest'ottica e a integrazione della proposta del Servizio civile nazionale si intende favorire la partecipazione al Servizio civile delle persone con minori capacità di attivazione o con minori potenzialità (professionali, fisiche, linguistiche, sociali, ecc.) anche con l'attribuzione di un punteggio aggiuntivo regionale e previa adozione di criteri per la selezione dei giovani diversi da quelli del Servizio civile nazionale. Inoltre, viene esclusa la possibilità di prevedere qualunque requisito di accesso nei progetti di Servizio civile. Allo stesso modo, nei progetti del Servizio civile nazionale, nel rispetto delle competenze regionali, l'assenza di requisiti d'accesso sarà condizione, tra le altre, per poter beneficiare del punteggio aggiuntivo regionale.

L'indicatore individuato per la valutazione del raggiungimento di questo obiettivo è la presentazione da parte degli enti di progetti, approvati dalla regione, nei quali sia possibile rinvenire condizioni di concreta partecipazione di giovani disabili e/o provenienti da altri paesi, di NEET oppure di ragazzi in disagio economico e sociale, oppure infine di giovani residenti o domiciliati nelle aree periferiche o montane.

Inoltre, s'intende confermare la scelta operata dalla legge regionale 20/2003 di avvicinare le fasi del Servizio civile (programmazione, attuazione, monitoraggio, rigenerazione) al territorio, come asse portante dell'intero sistema del Servizio civile, attraverso il mantenimento dei Co.Pr.E.S.C. previsti dall'art.16 del provvedimento regionale, come sede di condivisione dei bisogni e delle risorse presenti nel territorio di riferimento. Anzi, il ruolo dei Co.Pr.E.S.C. dovrà essere irrobustito e potenziato, individuando un'evoluzione e un'ottimizzazione della loro presenza che sia coerente col percorso di riforma istituzionale in atto nella nostra regione come nelle altre regioni italiane in seguito all'abolizione delle province e quindi promuovendone l'azione su una scala territoriale più ampia.

Va inoltre proseguito il percorso di semplificazione delle procedure e di snellimento degli adempimenti relativi al Servizio civile regionale, iniziato nel 2011, da realizzare ora in particolare attraverso l'istituzione e l'attivazione della banca dati informatica, parte integrante della banca dati informativa del Servizio civile regionale, di cui all'art.13 della

L.R.20/03, e la conseguente informatizzazione di talune procedure fino ad oggi eccessivamente dispendiose in termini di tempo per gli enti interessati, per i giovani coinvolti e per il Servizio Coordinamento politiche sociali e socio-educative della regione.

Tale banca dati informatica potrebbe essere funzionale anche per l'elezione dei Rappresentanti Regionali dei volontari.

In aggiunta, l'azione del sistema regionale dovrà essere ancora finalizzata a sostenere l'iscrizione degli enti all'Albo regionale del servizio civile in forma associata, sulla base dell'esistenza di vincoli di partenariato, canonico-pastorali, consortili, federativi, etc.

Esperienze di co-progettazione tra enti accreditati autonomamente saranno poi, come in altri campi dell'operato regionale, incoraggiate e valorizzate anche mediante specifici riconoscimenti nella progettazione.

I percorsi d'integrazione per gli enti già iscritti all'Albo regionale e per le nuove iscrizioni sono quelli indicati dalla circolare del Direttore Generale per il Servizio civile nazionale del 23 settembre 2013, facilitate dalla possibilità di attivare le procedure durante tutto l'anno, senza limitazioni temporali, e troveranno nei Co.Pr.E.S.C. e nel Piano provinciale del servizio civile i necessari presupposti e il necessario sostegno. Considerate le particolarità legate alla diversa natura giuridica degli enti potenzialmente interessati alle azioni, potrà essere utile un contatto preventivo col Servizio regionale Coordinamento politiche sociali e socio-educative.

L'indicatore sul quale verrà valutato il raggiungimento di questo obiettivo sarà costituito dal numero di richieste di accreditamento in forma associata (Unione di Comuni, Consorzi, Convenzioni) che perverranno nei prossimi anni, nonché la presentazione e attivazione di co-progettazioni tra enti accreditati autonomamente.

3.3. LE FORME DI RICONOSCIMENTO E INCENTIVAZIONE

Al fine di allargare la partecipazione dei giovani alle attività di Servizio civile, la Regione si impegna a predisporre delle forme di riconoscimento e incentivazione ulteriori rispetto a quelle già previste dalla normativa esistente (L.R. 20/2003), ovvero il riconoscimento di un assegno per il Servizio civile regionale e di un eventuale rimborso spese, un'adeguata valutazione dei relativi titoli nell'ambito delle selezioni pubbliche finalizzate all'assunzione nei ruoli regionali a tempo determinato e indeterminato, la possibilità per i dipendenti regionali di essere collocati in aspettativa per poter partecipare alle attività di Servizio civile (art. 10), nonché tutti i benefici e riconoscimenti eventualmente riconosciuti dagli enti locali (art.11).

Oltre a queste misure, ai giovani impegnati nel Servizio civile regionale che abbiano svolto almeno la metà del progetto e comunque cinque mesi di attività, verrà riconosciuto l'attestato di partecipazione, da consegnare, se possibile, in occasione del "Celebration Day", organizzato annualmente in coincidenza, o prossimità, del 15 dicembre (anniversario dell'approvazione della prima legge italiana sull'obiezione di coscienza).

Inoltre, si procederà alla verifica, tramite il Servizio regionale competente, delle richieste ricevute per la valutazione dell'esperienza di Servizio civile svolta e dell'effettivo riconoscimento nei titoli per le selezioni pubbliche finalizzate all'assunzione nei ruoli regionali (art.10, comma 1, L.R.20/03), nonché delle richieste di aspettativa o di part-time ricevute e del loro effettivo riconoscimento (art.10, comma 3, L.R.20/03).

Infine, gli Enti titolari dei progetti di Servizio civile regionale dovranno assicurare i giovani dai rischi della responsabilità civile e degli infortuni secondo la polizza in vigore per il Servizio civile nazionale.

3.4. LE PRIORITÀ E LA VALUTAZIONE DEI PROGETTI

I criteri regionali di valutazione dei progetti sono quelli definiti negli anni e approvati dalla Giunta regionale, che potrà modificarli entro i termini fissati per il Servizio civile nazionale.

La possibilità di finanziare i progetti, completamente (autofinanziamento del Servizio civile nazionale e del Servizio civile regionale) o parzialmente (cofinanziamento del Servizio civile regionale), da parte degli enti anche non accreditati per il Servizio civile nazionale, introdotta per il Servizio civile regionale dall'art. 44 della L.R. 8 del 2014, deve essere diffusa maggiormente al fine di accrescere le opportunità di coinvolgimento dei giovani di determinati ambiti territoriali e/o in specifici settori di attività. A tal fine viene previsto il riconoscimento, nell'annualità successiva, di un numero aggiuntivo di posti richiedibili e finanziati dalla regione (Servizio civile regionale) nella misura del 15% dei posti interamente finanziati con entrate diverse da quelle regionali e comunque nel limite massimo del 2% (arrotondato per difetto) dei posti complessivi finanziati dalla regione, a

favore dei territori provinciali più virtuosi, nel caso di finanziatori esterni al Servizio civile, oppure a favore degli enti finanziatori, qualora siano accreditati per il Servizio civile.

I progetti di Servizio civile regionale autofinanziati o cofinanziati dagli enti avranno priorità rispetto ai restanti progetti, secondo l'ordine decrescente del finanziamento garantito.

I progetti di Servizio civile nazionale autofinanziati, invece, dovranno essere proposti entro il termine fissato dalla Direzione Generale per il Servizio civile nazionale per la presentazione dei progetti di Servizio civile nazionale ordinari.

Con riferimento a questo, l'indicatore prescelto è la presenza di progetti di Servizio civile regionale o nazionale autofinanziati e/o cofinanziati dagli Enti, attraverso un'attenta verifica da parte della Regione, a cui conseguirà il riconoscimento di un maggior numero di posti finanziati dalla regione nell'annualità successiva.

CONCLUSIONI

Con il Primo Piano triennale sul Servizio civile, la Regione Emilia-Romagna si dota di uno strumento di pianificazione trasparente, snello e allo stesso tempo cruciale per poter indirizzare, sostenere e monitorare l'azione di tutti i soggetti che operano nel settore: gli enti promotori, i comitati di coordinamento a livello provinciale e il variegato mondo delle associazioni che ospitano i giovani che si aggiudicano i progetti.

Già con l'istituzione di una giornata ufficiale del calendario regionale (il 15 dicembre 2015), dedicata alla consegna dei diplomi alle centinaia di ragazzi che svolgono una esperienza di Servizio civile nella nostra regione, abbiamo voluto assegnare particolare forza a questo settore di impegno regionale che da oltre dieci anni riscuote un particolare interesse da parte dei giovani compresi tra i 18 e i 29 anni di età, con più di mille ragazzi impegnati dal 2004 ad oggi nelle attività del Servizio civile regionale.

I valori della cittadinanza attiva, della partecipazione dinamica e non violenta al bene pubblico, dell'aiuto solidale a categorie di cittadini in condizioni di disagio sono al centro dell'agenda politica dell'Emilia-Romagna e della Giunta che si è insediata nel gennaio 2016.

Il documento, oltre ad offrire un quadro di insieme sull'andamento dei posti finanziati e delle domande presentate e accolte, intende dunque aprire una nuova stagione e un nuovo processo di programmazione e coordinamento, in linea con le competenze più proprie di un ente regionale; dalle linee guida fissate nel Piano non sarà più possibile prescindere, pur lasciando elevata autonomia agli enti promotori di progetti. E non sarà più possibile sorvolare sulle attività di monitoraggio e valutazione dei progetti, sulla loro efficacia e la loro capacità di incidere e di includere rispetto a un universo giovanile così maltrattato dalla crisi profonda degli ultimi sette anni e ancora fortemente disorientato.

Se rispetto ai progetti di Servizio civile svolti nell'ambito dei finanziamenti nazionali, la Regione ha competenze ridotte, prevalentemente di tipo gestionale, sul Servizio civile regionale ha invece la possibilità di incidere direttamente e significativamente tramite la doppia leva delle risorse assegnate e delle funzioni di programmazione di attività veramente includenti (anche per gli stranieri, per i giovani in disabilità, etc.).

3 Elisabetta Gualmini (Vice Presidente Regione ER)
--

Questo intendiamo fare, cercando di rispettare tempi e procedure, raccontando fuori con trasparenza quello che ogni anno succede intorno allo strumento del Servizio civile con il massimo di apertura e il minimo di opacità, e correggendo costantemente la programmazione qualora si riscontrino errori o disfunzioni.

Vi è poi infine un dato che lascia particolarmente soddisfatti: sono di gran lunga le ragazze, le giovani donne di oggi che partecipano con entusiasmo e in massa alle attività di Servizio civile, a testimonianza di come la partecipazione femminile, in passato descritta come debole e solamente residuale, sia invece forte e robusta in Emilia-Romagna. Un segnale che ci apre alla speranza e che

ci rende consapevoli che dalle giovani generazioni abbiamo molto più cose da imparare, rispetto a quelle da insegnare.

LAZIO

Determinazione 23 febbraio 2016, n. G01502 - LL.RR. del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni. "L'Isola che ... c'è - Società Cooperativa Sociale" codice fiscale 13444211000, con sede legale nel Comune di Monterotondo (RM), Piazza Comitato di Liberazione Nazionale, 14 c.a.p. 00015. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della cooperativa sociale "L'Isola che...c'è - Società Cooperativa Sociale", codice fiscale 13444211000 con sede legale nel comune di Monterotondo (RM), Piazza Comitato di Liberazione Nazionale, 14 c.a.p. 00015 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A.

Determinazione 23 febbraio 2016, n. G01503 - Leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "cooperativa sociale Sacra famiglia onlus" codice fiscale 02823130600, con sede legale nel Comune di Giuliano di Roma via Santa Lucia, 11 c.a.p. 03020 (Fr). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "cooperativa sociale Sacra famiglia onlus" codice fiscale 02823130600, con sede legale nel Comune di Giuliano di Roma via Santa Lucia, 11 c.a.p. 03020 (Fr) all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 28 ottobre 2015.

Determinazione 23 febbraio 2016, n. G01517 - Leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Falcone e Borsellino società cooperativa sociale" codice fiscale 13497011000, con sede legale nel comune di Civitavecchia viale Guido Baccelli, 40 c.a.p. 00053 (Rm). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Falcone e Borsellino società cooperativa sociale" codice fiscale 13497011000, con sede legale nel comune di Civitavecchia viale Guido Baccelli, 40 c.a.p. 00053 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 22 dicembre 2015.

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01583 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni cooperativa "Danny Kaye onlus cooperativa sociale e di lavoro" codice fiscale 13027351009, con sede legale nel comune di Ciampino via Vincenza Messina, 18 c.a.p. 00043. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della cooperativa "Danny Kaye onlus cooperativa sociale e di lavoro" codice fiscale 13027351009, con sede legale nel comune di Ciampino via Vincenza Messina, 18 c.a.p. 00043 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione B a far data del 22 aprile 2015.

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01584 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Progetto solidarietà - cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 11458061006, con sede legale nel comune di Roma via Appia Nuova, 1251 c.a.p. 00178. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Progetto solidarietà – cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 11458061006, con sede legale nel comune di Roma via Appia Nuova, 1251 c.a.p. 00178 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n. 30 sezione A a far data del 20 ottobre 2015.

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01874 - : leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "La lanterna di Diogene cooperativa sociale onlus" codice fiscale 09205951008, con sede legale nel comune di Mentana via Tevere, 1 c.a.p. 00013 (Rm). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B e mantenimento dell'iscrizione nella sezione A. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "La lanterna di Diogene cooperativa sociale onlus" codice fiscale 09205951008, con sede legale nel comune di Mentana via Tevere, 1 c.a.p. 00013 (Rm) all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n. 30 nella sezione B a far data del 23 febbraio 2016 ed il mantenimento dell'iscrizione nella sezione A.

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01876 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "P.S.P. Progettazione - Servizi - Produzione - societa' cooperativa sociale" codice fiscale 02770990600, con sede legale nel comune di Frosinone via Mastruccia, 105 c.a.p. 03100. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "P.S.P. Progettazione – Servizi – Produzione – società cooperativa sociale" codice fiscale 02770990600, con sede legale nel comune di Frosinone via Mastruccia, 105 c.a.p. 03100 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n. 30 sezione B a far data del 4 dicembre 2014.

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01877 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Progetto uomo - cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 11457591003, con sede legale nel comune di Roma via Mario Musco, 80 c.a.p. 00147. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Progetto uomo – cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 11457591003, con sede legale nel comune di Roma via Mario Musco, 80 c.a.p. 00147 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n. 30 sezione A a far data del 20 ottobre 2015.

Determinazione 3 marzo 2016, n. G01878 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Xenia societa' cooperativa sociale" codice fiscale 02729950598, con sede legale nel comune di Priverno via delle Grotticelle, 54 c.a.p.

04015 (Lt). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Xenia società cooperativa sociale" codice fiscale 02729950598, con sede legale nel comune di Priverno via delle Grotticelle, 54 c.a.p. 04015 (Lt) all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A.

LOMBARDIA

DD 3.3.16 - n. 1487 - Determinazioni in ordine all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale IL (BUR n. 10 del 7.3.16)

Note

Vengono iscritti all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale, i soggetti di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

Comunicato regionale 17 febbraio 2016 - n. 30 L.r. 1/2008 - capo II pubblicazione del registro generale regionale del volontariato (sezione regionale e sezioni provinciali) alla data del 31 dicembre 2015

La pubblicazione si articola in Sezione regionale e Sezioni provinciali e comprende le Organizzazioni di Volontariato iscritte alla data del 31 dicembre 2015, elencate per Provincia ed in ordine alfabetico di denominazione.

L'elenco aggiornato verrà pubblicato sul sito *web* della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale.

Comunicato regionale n. 31 L.r. 1/2008 - capo III pubblicazione dei Registri regionale e provinciali delle associazioni senza scopo di lucro e delle associazioni di promozione sociale (APS) alla data del 31 dicembre 2015

La pubblicazione si articola in Registro regionale e Registri provinciali ed elenca, per Provincia ed in ordine alfabetico di denominazione, le Associazioni iscritte alla data del 31 dicembre 2015 distinguendolo tra:

Associazioni senza scopo di lucro iscritte alle Sezioni A – B – C – D – E e

Associazioni di Promozione Sociale iscritte alla Sezione F - APS.

Comunicato regionale 17 febbraio 2016 - n. 32 L.r. 1/2008 - Capo VI pubblicazione del registro regionale delle associazioni di solidarietà familiare alla data del 31 dicembre 2015

La pubblicazione elenca, per Provincia ed in ordine alfabetico di denominazione, le Associazioni di solidarietà familiare iscritte alla data del 31 dicembre 2015.

Comunicato regionale 17 febbraio 2016 - n. 33 D.g.r. 31 maggio 2010, n. 84 - Pubblicazione dell'elenco regionale dei Centri di Aiuto alla Vita (CAV) alla data del 31 dicembre 2015

La pubblicazione elenca, per Provincia ed in ordine alfabetico di denominazione, i Centri di Aiuto alla Vita iscritti all'Elenco regionale alla data del 31 dicembre 2015.

PIEMONTE

DD 19.11.15, n. 885 - L. 64/01 - Approvazione della graduatoria dei progetti di servizio civile nazionale valutati positivamente da realizzarsi in Piemonte e individuazione dei progetti avviabili – Bando straordinario 15 maggio - 30 giugno 2015. (BUR n. 9 del 3.3.16)

Note

Viene approvare la graduatoria dei progetti valutati positivamente di cui all'allegato A), facente parte integrante della presente determinazione, con il punteggio e le eventuali indicazioni di limitazioni per ognuno a fianco indicati;

Sono altresì approvate le graduatorie provinciali dei progetti valutati positivamente di cui all'allegato B), facente parte integrante della presente determinazione;

Vengono individuati i progetti con il punteggio più elevato che potranno essere avviati fino alla concorrenza delle risorse finanziarie disponibili, secondo lo schema di cui all'allegato C), facente parte integrante della presente determinazione

NB

Per gli allegati si rinvia alla lettura integrale del testo

DD.30.12.15, n. 1124 - L.R. n. 31 del 21/05/1975 e successive modificazioni - Erogazione di contributi agli Enti di Patronato per l'attività svolta negli anni 2012 e 2013 - Impegno di spesa di euro 112.500,00 sul capitolo 180574/2015 (ass. n. 100629). (BUR n. 10 del 10.3.16)

Note

Vengono erogati agli Istituti di Patronato inseriti nell'allegato A), facente parte integrante e sostanziale della presente determinazione (a cui si rinvia), i contributi spettanti ai sensi della L.R. 31/75 per l'attività svolta nell'anno 2012, per la somma a fianco di ciascun ente indicata.

Vengono altresì erogati agli Istituti di Patronato inseriti nell'allegato B), pure facente parte integrante e sostanziale della presente determinazione (a cui si rinvia), i contributi spettanti ai sensi della predetta L.R. 31/75 per l'attività svolta nell'anno 2013, per la somma a fianco di ciascun ente indicata.

TOSCANA

DGR 23.2.16, n. 111 - Servizio civile regionale: approvazione progetto di interesse regionale.

Note

Il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 pubblicato sulla GUE del 20.12.2013 che reca disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e definisce disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio.

Con la Decisione della Commissione C(2014) n. 9913 del 12.12.2014 è stato approvato il Programma Operativo “ Regione Toscana - Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014 - 2020” per il sostegno del Fondo Sociale Europeo nell'ambito dell'obiettivo “ Investimenti a favore della crescita e dell'Occupazione “ per la Regione Toscana in Italia;

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 17 del 26/01/2016 è stato approvato il Protocollo di Intesa fra la Regione Toscana, la Procura Generale della Repubblica presso la Corte d'Appello di Firenze e le Procure della Repubblica presso i Tribunali di Arezzo, Firenze, Siena e Grosseto per il rafforzamento nelle province di Arezzo, Firenze, Siena e Grosseto delle attività di prevenzione e repressione delle frodi agroalimentari.

La legge regionale n. 35 del 25 luglio 2006, e successive modificazioni ed integrazioni, che istituisce il servizio civile regionale, all'articolo 7ter della suddetta legge prevede la possibilità che la Giunta Regionale, per esigenze connesse al raggiungimento di particolari obiettivi di interesse regionale, approvi progetti di servizio civile da realizzarsi presso gli enti iscritti all'apposito albo di servizio civile regionale.

Dato atto che:

- in Toscana il comparto agroalimentare contribuisce alla formazione del valore aggiunto dell'economia regionale e svolge un ruolo multifunzionale a livello territoriale;

- il Programma di Governo per la X Legislatura regionale “Toscana 2020”, approvato dal Consiglio Regionale in data 30/6/2015, sottolinea l’importanza del settore agroalimentare in Toscana e la continuazione delle attività di rafforzamento e tutela del settore;

Rilevato che il Protocollo prevede all’articolo 4, che venga garantito un supporto all’attività delle Procure della Repubblica interessate anche attraverso la messa a disposizione da parte della Regione Toscana di giovani che possano accrescere le proprie competenze professionali ed al contempo dare un contributo all’attività delle medesime Procure;

Viene approvato il progetto di servizio civile di interesse regionale, allegato A) al presente atto quale parte integrante e sostanziale, che avrà una durata pari ad 8 mesi.

Viene approvato lo schema di documento operativo, allegato B) al presente atto quale parte integrante e sostanziale, per la presentazione da parte degli enti interessati di proposte per l’attuazione e la realizzazione degli obiettivi contenuti nel progetto

Viene stabilito in 30 il numero complessivo di giovani da impiegare nel progetto di interesse regionale rivolto alla Procura Generale della Repubblica presso la Corte d’Appello di Firenze e alle Procure della Repubblica presso i Tribunali di Arezzo, Firenze, Siena e Grosseto;

I 30 giovani in servizio civile devono essere così ripartiti, in base agli accordi presi in sede di Tavolo di monitoraggio svoltosi l’11 febbraio

2016:

SEGUE TABELLA

PROCURE UNITA’ SERVIZIO CIVILE

Procura Generale 3

Procura Firenze 6

Procura Arezzo 4

Procura Siena 11

Procura Grosseto 6

TOTALE 30

—
Le somme occorrenti per l’avvio al servizio civile regionale di 30 giovani, sono pari a Euro 112.965,60

PROCURE UNITA’ SERVIZIO CIVILE

Procura Generale 3

Procura Firenze 6

Procura Arezzo 4

Procura Siena 11

Procura Grosseto 6

TOTALE 30

PROGETTO DI INTERESSE REGIONALE DI SERVIZIO CIVILE REGIONALE IN TOSCANA

CARATTERISTICHE PROGETTO

1) Settore di intervento del progetto:

Educazione al rispetto della legalità

2) Obiettivi del progetto:

In Toscana il comparto agroalimentare contribuisce per circa il 3,3% (dato 2010) alla formazione del valore aggiunto dell’economia regionale e svolge un ruolo multifunzionale a livello territoriale, limitando il fenomeno dello spopolamento delle aree rurali, garantendo il presidio e la protezione del territorio, e costituendo il motore di un più ampio sistema economico agroalimentare che ha importanti ricadute nel commercio, nella ristorazione, nell’artigianato, nel turismo;

- in Toscana il settore ha particolare rilievo per il dato di fatto che l’agroalimentare può essere identificato in quell’insieme di prodotti sia freschi sia trasformati, ai quali viene riconosciuta una

forte tipicità, dato lo stretto legame con il territorio, e per i quali l'Italia può godere di vantaggi competitivi legati all'ambiente, ai sistemi produttivi e alle tradizioni locali;

-secondo il 6° censimento generale agricoltura 2010 dell'Istat, la Toscana, fra le regioni italiane, occupa:

- a) il 1° posto per numero di aziende che utilizzano la rete internet;
- b) il 2° posto per numero di aziende che producono energia solare;
- c) il 7° posto per le aziende con coltivazioni biologiche; per questo aspetto spicca il rilievo delle province di Siena e Grosseto per numero di aziende con superfici condotte con metodo biologico e superfici (Rapporto Irpet 2014);

-per numero di produzioni DOP e IGP la Toscana è tra le regioni leader in Italia con 86 certificazioni riconosciute (Piano Regionale Agricolo Forestale –PRAF- 2012- 2015; <http://prodtrad.arsia.toscana.it>; www.prodottidopigp.it/prodottidoptoscana.htm;

www.vetrina.toscana.it/it/i-prodotti.html);

-nel 2012 gli occupati toscani nel settore agricolo sono stati 48.287, rappresentando il 3,1% degli occupati totali e nel medesimo anno la toscana occupa il 7° posto fra le regioni italiane per il valore delle esportazioni nel settore agroalimentare (Irpet, Rapporto rurale 2014);

- nel suo complesso il settore agroalimentare tratta di prodotti e/o comparti fortemente orientati all'export e Unioncamere Toscana ha stimato per il 2015 nel 6% dell'export toscano il contributo dell'agroalimentare all'export complessivo della Regione;

- Irpet, nel Rapporto sul sistema rurale Toscano (2012) identifica Siena e Grosseto tra le province più importanti dal punto di vista delle produzioni agricole.

Obiettivo generale del progetto – da realizzarsi nell'arco degli 8 mesi del servizio civile all'interno delle province di Firenze, Siena, Grosseto ed Arezzo (oggetto del protocollo stipulato fra Regione Toscana e Procura Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Firenze, Procura della Repubblica presso il Tribunale di Firenze, Procura della Repubblica presso il Tribunale di Arezzo, Procura della Repubblica presso il Tribunale di Grosseto e Procura della Repubblica presso il Tribunale di Siena per il rafforzamento delle attività di prevenzione e repressione delle frodi agro alimentari) - è quello di promuovere la realizzazione di una serie di azioni, in particolare nei confronti delle aziende che insistono sui territori di competenza con gli obiettivi di garantire:

- a) l'intensificazione e integrazione dei controlli e delle attività di contrasto alle situazioni di illegalità in materia di frodi agroalimentari;
- b) la promozione dell'emersione del lavoro sommerso e del contrasto all'evasione fiscale;
- c) la prevenzione e contrasto alle varie forme di illegalità.

Più nello specifico il progetto mira a assicurare le seguenti finalità:

1) Garantire efficienza e rapidità nella gestione delle notizie di reato, pervenute sia con mezzi cartacei sia tramite posta elettronica certificata (anche avvalendosi dei sistemi informatici in dotazione alle singole procure) relative all'igiene e la sicurezza sul lavoro che perverranno alle competenti strutture delle singole procure e che, in considerazione delle misure messe in atto dalla collaborazione fra Regione Toscana e Procure della medesima area, subiranno un notevole aumento;

2) Raccogliere, catalogare e gestire le informazioni e i documenti prodotti nel corso dell'iter giudiziario relativo ai reati di cui al precedente punto 1), consentendone un facile accesso ai soggetti autorizzati;

3) Garantire una velocizzazione nella fase di gestione del procedimento penale – fino all'esercizio dell'azione penale - relativo a reati concernenti repressione delle frodi alimentari, quindi aumentando il sistema di tutela della salute del consumatore, anche quando sono svolti in integrazione con il contrasto alle altre forme di illegalità;

4) Rafforzare le attività degli uffici notifiche delle procure interessate a conclusione delle indagini e nella fase di gestione delle medesime ad imputati e difensori, nonché nella successiva fase del dibattimento (che prevede – fra le altre - la citazione di testi, copia e predisposizione di documenti),

attraverso uno snellimento delle attività di riproduzione e comunicazione degli atti, scannerizzazione di documenti di frequente consultazione, archiviazione degli atti

Per il raggiungimento di questi obiettivi i giovani di servizio civile dovranno:

- procedere alla lettura, stampa ed invio al protocollo della Procura di appartenenza delle notizie di reato pervenute (tramite PEC od altra modalità prevista dalla normativa vigente);
- Supportare gli uffici che all'interno delle Procure si occupano delle frodi agro alimentari;
- Affiancare le segreterie penali che si occupano dei reati connessi alle frodi sopra richiamate;

3) *N° complessivo dei giovani da impiegare nel progetto di interesse regionale:*

4) *Eventuali requisiti richiesti ai candidati per la partecipazione al progetto oltre quelli richiesti dalla legge regionale 25 luglio 2006, n. 35:*

- Diploma di scuola media superiore;
- Conoscenze informatiche di base, con riferimento ai principali software.

L.R. 1.3.16, n. 21 - Riordino delle funzioni di tenuta degli albi regionali del terzo settore ai sensi della l.r. 22/2015. Modifiche alle leggi regionali 28/1993, 87/1997e 42/2002. (BUR . 10 del 9.3.16)

PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

Visto l'articolo 117, commi terzo e quarto, della Costituzione;

Visto l'articolo 4, comma 1, lettere v) e z), dello

Statuto;

Vista la legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni);

Vista la legge regionale 26 aprile 1993, n. 28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici – Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato);

Vista la legge regionale 24 novembre 1997, n. 87 (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale);

Vista la legge regionale 9 dicembre 2002 n. 42 (Disciplina delle Associazioni di promozione sociale. Modifica all'articolo 9 della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati");

Vista la legge regionale 3 marzo 2015, n. 22 (Riordino delle funzioni provinciali e attuazione della legge 7 aprile 2014 n. 56 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni." Modifiche alle leggi regionali 32/2002, 67/2003, 41/2005, 68/2011, 65/2014) e, in particolare, l'articolo 4, comma 1, lettera b), e l'articolo 13, comma 6;

Visto il parere favorevole del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 1° dicembre 2015;

Visto il parere istituzionale, favorevole con condizioni, della Prima Commissione consiliare espresso nella seduta del 4 dicembre 2015;

Considerato quanto segue:

1. È necessario dare attuazione alla l.r. 22/2015 relativamente alle disposizioni che prevedono il trasferimento della funzione di tenuta degli albi regionali del terzo settore dalle province ai comuni capoluogo, che la esercitano su tutto il territorio della provincia;
2. È necessario di conseguenza modificare le leggi regionali che disciplinano la tenuta degli albi delle organizzazioni di volontariato, delle cooperative sociali e delle associazioni di promozione sociale;
3. Di accogliere, sostanzialmente, il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare e di adeguare conseguentemente il testo della presente legge;

Approva la presente legge

Capo I

Modifiche alla legge regionale 26 aprile 1993, n. 28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri enti pubblici - Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato)

Art. 1

Registro regionale delle organizzazioni di volontariato. Modifiche all'articolo 4 della l.r. 28/1993

1. Al comma 1 dell'articolo 4 della legge regionale 26 aprile 1993, n. 28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici – Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato), le parole:

“E’ istituito il registro regionale delle organizzazioni di volontariato, articolato in sezioni provinciali” sono sostituite dalle seguenti: “E’ istituito il registro regionale delle organizzazioni di volontariato articolato in sezioni provinciali tenute dai comuni capoluogo di provincia.”.

2. Al comma 2 dell'articolo 4 della l.r. 28/1993 le parole: “Presidente della Provincia nel cui territorio ha sede legale l’organizzazione” sono sostituite dalle seguenti:

“comune capoluogo della provincia tramite il comune nel cui territorio ha sede legale l’organizzazione”.

3. Dopo il comma 2 dell'articolo 4 della l.r. 28/1993 è inserito il seguente:

“2 bis. Il comune nel cui territorio ha sede legale l’organizzazione trasmette la domanda e la relativa documentazione di cui al comma 2 al comune capoluogo di provincia in via telematica entro tre giorni dalla presentazione.”.

4. Il comma 3 dell'articolo 4 della l.r. 28/1993 è sostituito dal seguente:

“3. Il comune capoluogo di provincia, entro novanta giorni dal ricevimento della domanda, accertati i requisiti previsti dalla normativa vigente, adotta l’atto per l’iscrizione dell’organizzazione nella sezione provinciale del registro regionale, indicando le attività per le quali l’iscrizione stessa è disposta. Nel caso in cui non sussistano i requisiti, entro lo stesso termine, è adottato l’atto motivato di diniego.”.

Art. 2

Consultazioni delle organizzazioni di volontariato. Modifiche all'articolo 5 della l.r. 28/1993

1. Al comma 1 dell'articolo 5 della l.r. 28/1993 le parole: “delle Province” sono sostituite dalle seguenti: “dei comuni capoluogo di provincia”.

Art. 3

Consulte comunali delle organizzazioni di volontariato Modifiche all'articolo 6 della l.r. 28/1993

1. Nella rubrica dell'articolo 6 della l.r. 28/1993 le parole: “e provinciali” sono soppresse.

2. Al comma 1 dell'articolo 6 della l.r. 28/1993 le parole: “e le Province” sono soppresse.

Art. 4

Consulta regionale. Modifiche all'articolo 7 della l.r. 28/1993

1. Al comma 3 dell'articolo 7 della l.r. 28/1993 le parole: “e provinciali” sono soppresse.

2. Alla lettera b) del comma 4 dell'articolo 7 della l.r. 28/1993 le parole: “consulte provinciali del volontariato” sono sostituite dalle seguenti: “consulte del volontariato dei comuni capoluogo di provincia”.

3. Il comma 10 dell'articolo 7 della l.r. 28/1993 è sostituito dal seguente:

“10. Ai componenti della Consulta è corrisposto il rimborso spese in conformità alla disciplina vigente per i dirigenti regionali.”.

Art. 5

Qualificazione e aggiornamento dei volontari. Modifiche all'articolo 8 della l.r. 28/1993

1. Al comma 1 dell'articolo 8 della l.r. 28/1993 le parole: “Consulte provinciali del volontariato” sono sostituite dalle seguenti: “consulte del volontariato dei comuni capoluogo di provincia”.

Art. 6

Revisione periodica del registro regionale. Modifiche all'articolo 14 della l.r. 28/1993

1. Al comma 1 dell'articolo 14 della l.r. 28/1993 le parole: “alla Provincia in cui hanno sede legale” sono sostituite dalle seguenti: “al comune capoluogo della provincia nel territorio della quale hanno sede legale”.

2. Al comma 2 dell'articolo 14 della l.r. 28/1993 le parole: "La Provincia è tenuta" sono sostituite dalle seguenti: "Il comune capoluogo di provincia è tenuto".

3. Al comma 3 dell'articolo 14 della l.r. 28/1993 le parole: "Presidente della Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "comune capoluogo di provincia".

Art. 7

Cancellazione dal registro regionale. Modifiche all'articolo 15 della l.r. 28/1993

1. Al comma 1 dell'articolo 15 della l.r. 28/1993 le parole: "Presidente della Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "comune capoluogo di provincia".

Capo II

Modifiche alla legge regionale 24 novembre 1997, n. 87 (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale)

Art. 8

Albo regionale. Modifiche all'articolo 3 della l.r. 87/1997

1. Il comma 2 dell'articolo 3 della legge regionale 24 novembre 1997, n. 87 (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale), è sostituito dal seguente:

"2. L'albo regionale è articolato per province ed è tenuto dai comuni capoluogo di provincia."

Art. 9 Procedure per l'iscrizione all'albo regionale. Modifiche all'articolo 7 della l.r. 87/1997

1. Il comma 1 dell'articolo 7 della l.r. 87/1997 è sostituito dal seguente:

"1. La domanda di iscrizione all'albo regionale, sottoscritta dal legale rappresentante della cooperativa o del consorzio, è presentata al comune capoluogo della provincia tramite il comune nel cui territorio la cooperativa o il consorzio hanno la sede legale. La domanda deve indicare la sezione dell'albo nella quale è richiesta l'iscrizione in conformità con gli scopi statutari".

2. Dopo il comma 6 dell'articolo 7 della l.r. 87/1997 è inserito il seguente:

"6 bis. Il comune nel cui territorio ha sede legale la cooperativa o il consorzio trasmette la domanda e la relativa documentazione di cui ai commi 2, 3, 4, 5 e 6, al comune capoluogo di provincia in via telematica entro tre giorni dalla presentazione."

3. Al comma 7 dell'articolo 7 della l.r. 87/1997 le parole: "Presidente della Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "comune capoluogo di provincia".

4. Al comma 9 dell'articolo 7 della l.r. 87/1997 le parole: "la Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "il comune capoluogo di provincia".

Art. 10

Revisione dell'albo. Modifiche all'articolo 8 della l.r. 87/1997

1. Al comma 1 dell'articolo 8 della l.r. 87/1997 le dalle seguenti: "Il comune capoluogo della provincia nel territorio della quale".

2. Al comma 2 dell'articolo 8 della l.r. 87/1997 le parole "Presidente della Provincia in cui hanno sede legale" sono sostituite dalle seguenti: "comune capoluogo della provincia nel territorio della quale hanno sede legale".

3. Al comma 3 dell'articolo 8 della l.r. 87/1997 le parole: "La Provincia è tenuta" sono sostituite dalle seguenti: "Il comune capoluogo di provincia è tenuto" e le parole "alla Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "al comune capoluogo di provincia".

4. Ai commi 4 e 6 dell'articolo 8 della l.r. 87/1997 le parole "Presidente della Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "comune capoluogo di provincia".

Art. 11

Cancellazione dall'albo. Modifiche all'articolo 9 della l.r. 87/1997

1. Ai commi 1, 3, 6 e 7 dell'articolo 9 della l.r. 87/1997 le parole: "Presidente della Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "comune capoluogo di provincia".

2. Al comma 3 dell'articolo 9 della l.r. 87/1997 la parola: "decreto" è sostituita dalla seguente: "atto".

3. Al comma 5 dell'articolo 9 della l.r. 87/1997 le parole: "a cura della Provincia" sono sostituite dalle seguenti: "a cura del comune capoluogo di provincia".

4. Al comma 6 dell'articolo 9 della l.r. 87/1997 la parola: "interessata" è sostituita dalla seguente: "interessato".

Art. 12

Ricorso in opposizione. Modifiche all'articolo 10 della l.r. 87/1997

1. Al comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 87/1997 le parole: "rispettivamente al Presidente della provincia competente" sono soppresse.

2. Il comma 3 dell'articolo 10 della l.r. 87/1997 è sostituito dal seguente:

"3. Il ricorso è deciso entro trenta giorni dal suo ricevimento."

Capo III

Modifiche alla legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42 (Disciplina delle Associazioni di promozione sociale. Modifica all' articolo 9 della legge regionale 3 ottobre 1997, n.72 "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati")

Art. 13

Conferimento delle funzioni ai comuni capoluogo di provincia. Modifiche all'articolo 4 della l.r. 42/2002

1. Nella rubrica dell'articolo 4 della legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42 (Disciplina delle Associazioni di promozione sociale. Modifica all' articolo 9 della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati"), le parole: "alle province" sono sostituite dalle seguenti: "ai comuni capoluogo di provincia".

2. Al comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 42/2002 le parole: "alle province" sono sostituite dalle seguenti: "ai comuni capoluogo di provincia che le esercitano per il territorio provinciale di riferimento".

Art. 14

Disciplina del procedimento per le iscrizioni al registro regionale. Modifiche all'articolo 10 della l.r. 42/2002

1. Al comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 42/2002 le parole: "inoltrano la domanda di iscrizione alle province" sono sostituite dalle seguenti: "presentano la domanda d'iscrizione al comune capoluogo di provincia tramite il comune nel cui territorio esse hanno sede legale."

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 42/2002 è inserito il seguente:

"1 bis. Il comune nel cui territorio ha sede legale l'associazione di promozione sociale trasmette la domanda al comune capoluogo di provincia in via telematica entro tre giorni dalla presentazione."

Art. 15

Ricorsi avverso provvedimenti relativi alle iscrizioni e alle cancellazioni. Modifiche all'articolo 11 della l.r. 42/2002

1. Al comma 1 dell'articolo 11 della l.r. 42/2002 le parole: "delle Province" sono sostituite dalle seguenti: "dei comuni capoluogo di provincia".

Art. 16

Rapporti tra le associazioni di promozione sociale, la Regione e gli enti locali. Modifiche all'articolo 12 della l.r. 42/2002

1. Al comma 1 dell'articolo 12 della l.r. 42/2002 le parole: "le Province" e "delle Province," sono soppresse.

Art. 17

Consulta regionale dell'associazionismo di promozione sociale. Modifiche all'articolo 15 della l.r. 42/2002

1. Il comma 9 dell'articolo 15 della l.r. 42/2002 è sostituito dal seguente:

"9. Ai componenti della Consulta è corrisposto il rimborso spese in conformità alla disciplina vigente per i dirigenti regionali."

Art. 18

Osservatorio regionale dell'associazionismo di promozione sociale

Modifiche dell'articolo 16 della l.r. 42/2002

1. Alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 16 della l.r. 42/2002 le parole: "dalle Province" sono sostituite dalle seguenti: "dai comuni capoluogo di provincia".

Art. 19 Regolamenti di esecuzione.

Modifiche all'articolo 17 della l.r. 42/2002

1. Il comma 2 dell'articolo 17 della l.r. 42/2002 è sostituito dal seguente:

"2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente comma, i comuni capoluogo di provincia approvano un regolamento che definisce:

- a) il procedimento per l'iscrizione delle associazioni di promozione sociale nel registro regionale e la loro cancellazione;
- b) il procedimento di revisione annuale del registro regionale;
- c) i requisiti identificativi delle associazioni di promozione sociale che devono essere riportati sul registro regionale."

2. Il comma 3 dell'articolo 17 della l.r. 42/2002 è abrogato.

Capo IV

Norme transitorie e finali

Art. 20

Norme transitorie

1. I procedimenti in corso alla data di entrata in vigore della presente legge sono conclusi dai comuni capoluogo di provincia.

UMBRIA

DPGR 17.2.16, n. 22 - Commissione regionale per la cooperazione sociale, ai sensi dell'art. 399 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11. (BUR n. 10 del 2.3.16)

Note

In base a quanto disposto dalla legge regionale 9 aprile 2015, n. 11: *Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*, l'art. 399 della sopracitata l.r. 11/2015, il quale, al comma 1, istituisce la Commissione regionale per la cooperazione sociale e ne stabilisce la composizione.

Art. 1

La Commissione regionale per la cooperazione sociale, di cui all'art. 399 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, risulta così composta:

- a) **Assessore regionale alla Salute e Welfare** che la presiede o suo delegato;
- b) **Direttore regionale Salute e coesione sociale** o suo delegato;
- c) **Gianni Giovannini**, Dirigente regionale del Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera;

Nera Bizzarri, Dirigente regionale del Servizio Programmazione nell'area dell'inclusione sociale, economia sociale e terzo settore;

Sabrina Paolini, Dirigente regionale del Servizio Politiche attive del lavoro;

d) **Andrea Bernardoni**, rappresentante della Lega regionale cooperative e mutue dell'Umbria;

Carlo Di Somma, rappresentante di Confcooperative Umbria;

Cristina Cipiccia, rappresentante Associazione generale cooperative italiane - Umbria;

e) **Antonio Picciotti**, membro designato dalla Giunta regionale;

Sara Fioroni, membro designato dalla Giunta regionale;

Roberto Inella, membro designato dalla Giunta regionale;

f) **Giuliana Renelli**, rappresentante C.G.I.L. regionale Umbria;

Valerio Natili, rappresentante C.I.S.L. regionale Umbria;

Monica Di Angelo, rappresentante U.I.L. regionale Umbria;

g) **Liliana Minelli**, rappresentante associazione utenti - Ce.S.A.C.;

Alessandro Petruzzi, rappresentante associazione utenti - CONS.UT;

h) **Carla Trampini**, Dirigente Servizi sociali Comune di Perugia;

Giuseppe Rossi, Dirigente Servizi sociali Comune di Città di Castello;

Anna Rita Astri, Dirigente Area Diritti di cittadinanza Comune di Foligno;
Danila Virili, Dirigente Promozione sistema formativo e sociale Comune di Terni.

Art. 2

La composizione della Commissione regionale per la cooperazione sociale di cui all'art. 1 sarà integrata, con successivo decreto, con i componenti previsti dall'art. 399, comma 1), lettera i) della l.r. 11/2015, designati a seguito del processo di adeguamento della legge regionale suddetta alla l.r. 10/2015 (Riordino delle funzioni amministrative regionali, di area vasta, delle forme associative di Comuni e comunali - Conseguenti modificazioni normative).

Art. 3

I componenti della Commissione regionale per la cooperazione sociale restano in carica per la durata della legislatura, come previsto dall'art. 399, comma 2 della l.r. 11/2015.

SANITÀ

EMILIA-ROMAGNA

L.R. 3.3.16, n.2 - Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali (BUR n. 57 del 3.3.16)

NB

Si riportano gli articoli di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSE

TITOLO I

Disposizioni generali e finalità

Art. 1

Oggetto e ambito di applicazione

1. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze legislative, nell'ottica della valorizzazione del servizio farmaceutico quale presidio sanitario sul territorio, in coerenza con la normativa statale e ai sensi dell'articolo 64, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2015, n. 13 (Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni), detta le norme regionali in materia di organizzazione del servizio farmaceutico delle farmacie convenzionate.

2. Ai fini della semplificazione normativa, la presente legge riordina le disposizioni regionali in materia di esercizi farmaceutici con particolare riferimento a:

- a) dislocazione degli esercizi farmaceutici sul territorio regionale;
- b) servizio farmaceutico, turni e orari, vigilanza;
- c) attività e servizi erogabili in farmacia, diversi dalla dispensazione di medicinali;
- d) accessibilità telematica delle informazioni inerenti aperture, chiusure, turni e orari del servizio farmaceutico.

TITOLO IV

Attività e servizi erogabili in farmacia, diversi dalla dispensazione di medicinali

Art. 17

Attività e servizi erogabili in farmacia

1. In applicazione del principio della libertà di iniziativa economica e nel rispetto della tutela prioritaria del diritto alla salute, il titolare di esercizio farmaceutico, nei locali della farmacia, può svolgere le attività commerciali ed erogare i servizi, anche di carattere sanitario, che non interferiscono con l'attività principale di dispensazione dei farmaci.

2. Tutte le attività devono essere avviate e svolte nel rispetto della specifica normativa di settore vigente in materia, compresi i regolamenti locali. L'esercizio di servizi di rilievo sanitario e socio-sanitario soggetti a specifica autorizzazione è consentito nei locali idonei della farmacia previa acquisizione dell'autorizzazione stessa da parte del titolare di esercizio farmaceutico.

3. Per esigenze di tutela della salute, la Regione può, con proprio atto, subordinare l'esercizio di determinati servizi in farmacia al rispetto di specifici requisiti organizzativi e strutturali.

4. In ogni caso all'interno della farmacia è vietato l'esercizio di professioni sanitarie che abilitano alla prescrizione di medicinali.

5. Nel rispetto prioritario del diritto alla salute è dovere del farmacista che i prodotti sugli scaffali vengano disposti e le informazioni su prodotti e servizi vengano fornite in modo da garantire la distinguibilità da parte dei cittadini fra prodotti sanitari e altri prodotti prettamente commerciali.

TITOLO VI

Norme in materia di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali

Art. 23

Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali

1. Al fine di consentire una più efficiente gestione delle liste di attesa da parte delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, l'assistito che ha prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, è tenuto a disdire la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima della data fissata.

2. L'assistito, anche se esente, che non si presenta alla data e all'ora della prestazione prenotata ed omette, senza idonea giustificazione, di effettuare la disdetta nei termini indicati al comma 1, è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa. Non è ammesso il pagamento in misura ridotta. La sanzione amministrativa è applicata e riscossa dall'Azienda USL territorialmente competente in relazione alla struttura presso la quale è stato fissato l'appuntamento, ai sensi della legge regionale 28 aprile 1984, n. 21 (Disciplina dell'applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale). Alla medesima Azienda sono attribuiti i relativi proventi.

3. Con successivo provvedimento la Giunta regionale, acquisito il parere della Commissione assembleare competente, disciplina le modalità operative per le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale al fine della corretta applicazione del presente articolo e della sua più ampia informazione all'utenza, le cause di giustificazione, nonché la decorrenza delle misure indicate al comma 2.

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 19 febbraio 2016, n. U00047 - Valutazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ai sensi dell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (BUR n. 17 del 1.3.16)

Note

Viene preso atto della valutazione positiva effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Giunta regionale, allegata al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale.

Viene confermato l'incarico conferito con decreto presidenziale n. T00116 del 16 aprile 2014 al dott. Antonio D'Urso di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

DGR 23.2.16, n. 46 - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa fra la Regione Lazio e gli IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri - "Servizio di Salute Globale e Dermatologia Internazionale" per l'individuazione di progetti e iniziative congiunte finalizzate alla promozione della ricerca biomedica traslazionale internazionale, allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e al trasferimento di tecnologie avanzate, relativamente alle patologie oncologiche, dermovenereologiche e alle malattie tropicali neglette ad alto impatto epidemiologico e diffusivo. (BUR n. 18 del 3.3.16)

Note

Viene approvato l'allegato schema di Protocollo di Intesa (allegato n.1), parte integrante della presente Deliberazione, tra la Regione Lazio e gli IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri - "Servizio di Salute Globale e Dermatologia Internazionale".

Il Protocollo di Intesa sarà sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale o da un suo delegato.

SCHEMA DI PROTOCOLLO DI INTESA

tra

la Regione Lazio (nel seguito denominata Regione) con sede in Roma, via Cristoforo Colombo, 212, C.a.p. 00147 - C.F. 80143490581 - nella persona _____, in qualità di Presidente della Regione Lazio, domiciliato per la carica presso la sede della Regione

e

gli IFO – Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e Istituto Dermatologico San Gallicano) in prosieguo denominati “IFO”, “Servizio di Salute Globale e Dermatologia Internazionale”, con sede legale in Roma, via Elio Chianesi 53 - C.F.

_____ - nella persona di

_____, in qualità di Commissario Straordinario e legale rappresentante, domiciliato per la carica presso la sede dell'Ente

PREMESSO CHE

A) La Regione

- esercita i propri poteri secondo quanto previsto dalla Costituzione della Repubblica Italiana e dal proprio Statuto, in conformità alle linee di indirizzo contenute negli strumenti di programmazione regionale di settore;
- nell'ambito dei poteri esercitati, assegna particolare rilevanza alla promozione della ricerca scientifica e tecnologica e dell'innovazione, quali motori della strategia di sviluppo economico e sociale regionale in attuazione della Legge regionale n.13 del 4 agosto 2008 e ss.mm.ii;
- valorizza le potenzialità scientifiche e tecnologiche del proprio territorio caratterizzato dalla presenza di numerose università statali e non statali, di enti pubblici e centri di ricerca in linea con gli obiettivi del Programma strategico regionale per la ricerca, l'innovazione ed il trasferimento tecnologico 2011-2013, approvato con Deliberazione Consiliare n. 25 del 25 luglio 2012;
- favorisce la diffusione della cultura della ricerca scientifica anche a sostegno dell'innovazione, nonché la conoscenza dei programmi, delle attività e dei risultati conseguiti;
- al fine di conseguire l'obiettivo dello sviluppo della ricerca e dell'innovazione, può, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, stipulare convenzioni con Enti di ricerca;
- è interessata, altresì, a sviluppare collaborazioni di ricerca internazionale fra imprese ed Enti di ricerca operanti nel suo territorio e analoghi organismi internazionali.

B) Gli IFO

- svolgono la loro attività integrandosi armonicamente, in un legame strategico, con la Regione Lazio, il Ministero della Salute, gli Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, CNR, AIFA, etc) e con le altre strutture che operano negli specifici campi in una logica di complementarità di ruoli e di continuità assistenziale;
- perseguono finalità di ricerca scientifica, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico, oncologico, dermovenerologico, tropicalista sia in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- integrano sinergicamente l'attività assistenziale con la ricerca clinica e traslazionale, definendo un approccio integrato, multidisciplinare e transculturale per la gestione del paziente;
- perseguono in particolare, fra le altre, la finalità di promuovere ricerche biomediche correnti e finalizzate ad acquisire nuove conoscenze sull'eziologia e sulle caratteristiche biologiche e cliniche nel campo sanitario, con particolare riguardo all'Oncologia, alla Dermatologia, alle Malattie Sessualmente Trasmissibili e alle Patologie Neglette Tropicali, stimolando e supportando lo sviluppo di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici, di farmaci innovativi, nuove modalità terapeutiche e tecnologie biomediche per migliorarne la prevenzione, la diagnosi e la terapia;
- perseguono anche la finalità di svolgere attività di addestramento e formazione permanente nei settori di azione in Oncologia, Dermatologia, Patologie Sessualmente Trasmissibili e Tropicali, nonché di formazione specialistica, in collaborazione con le Università ed altre Istituzioni nazionali ed internazionali;

- sono impegnati a stabilire opportune forme di collaborazione scientifica nei settori di azione con enti, istituzioni, laboratori di ricerca italiani e stranieri, nonché con altri organismi internazionali al fine di realizzare: programmi coordinati, attuare comuni progetti di ricerca; condividere protocolli di assistenza; operare la circolazione delle conoscenze e del personale;
- intendono assicurare la diffusione in ambito nazionale ed internazionale delle conoscenze scientifiche acquisite attraverso le ricerche condotte e l'attività clinica svolta;
- intendono tutelare la proprietà intellettuale dei risultati dell'attività di ricerca e la valorizzazione economica degli stessi favorendone il trasferimento in ambito industriale salvaguardando la finalità pubblica della ricerca;
- intendono infine sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e della ricerca biomedica.

CONSIDERATO CHE:

La Regione e gli IFO ritengono opportuno con specifico riferimento alle esigenze regionali:

- promuovere e svolgere attività di ricerca trasferimento tecnologico al fine di accrescere lo sviluppo del territorio regionale, attraverso la soluzione di problemi più critici sul piano economico, sociale e ambientale;
- sostenere iniziative volte a rafforzare la collaborazione nazionale e internazionale in materia di ricerca, innovazione e trasferimento tecnologico;
- collaborare nello sviluppo di iniziative di promozione della ricerca biomedica traslazionale internazionale, di innovazione tecnologica e al trasferimento di tecnologie avanzate.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art.1 - Premesse

Le premesse e le considerazioni formano parte integrante e sostanziale del presente Protocollo d'Intesa e si intendono integralmente riportate nel presente articolo.

Art. 2 – Finalità

La Regione Lazio e gli IFO, nel quadro delle rispettive competenze, concordano di operare per l'individuazione di progetti e iniziative congiunte finalizzate alla promozione della ricerca biomedica traslazionale internazionale, allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e al trasferimento di tecnologie avanzate, relativamente alle patologie oncologiche, dermovenereologiche e alle malattie tropicali neglette ad alto impatto epidemiologico e diffusivo.

Art. 3 – Tipologia delle azioni programmatiche

In relazione a quanto indicato nel precedente art. 2, la collaborazione si realizzerà nell'ambito delle tematiche espressamente previste nel presente atto e si estenderà ad eventuali altre che potranno essere successivamente e congiuntamente individuate.

In particolare la Regione e gli IFO, individueranno congiuntamente attraverso il Comitato di indirizzo di cui all'art. 4, programmi di ricerca scientifica nei campi di comune interesse, connessi con l'oggetto del presente protocollo per favorire l'inserimento di giovani ricercatori nelle attività di ricerca biomedica e tecnologica.

Art. 4 – Comitato di indirizzo

Le parti concordano di istituire, in relazione alle tematiche di cui all'art. 2, un Comitato di indirizzo, con il compito di individuare i programmi di ricerca oggetto di ogni singola Convenzione Operativa di cui all'art. 5.

Il Comitato di indirizzo sarà composto da tre membri, uno designato d'intesa tra la Regione e gli IFO, uno designato dalla Regione e uno designato dagli IFO.

Art. 5 – Convenzione Operativa

Per ogni programma di ricerca ritenuto meritevole di finanziamento dal Comitato di Indirizzo, sarà stipulata tra la Regione e gli IFO, o loro singole unità operative, una Convenzione. La Convenzione includerà, tra l'altro, i criteri e le procedure che regoleranno gli impegni reciproci tra la Regione e gli IFO, o loro singole unità operative, l'articolazione delle azioni in cui si sviluppa il progetto, i tempi di esecuzione e la ripartizione dei costi tra i soggetti partecipanti, nonché la disciplina dei diritti di proprietà industriale.

Per ciascuna Convezione Operativa le parti provvederanno alla nomina di un proprio responsabile tecnico-scientifico della Convenzione stessa.

Art. 6 – Durata e recesso

Il presente Protocollo d'Intesa avrà una durata pari a tre anni a decorrere dalla data di sottoscrizione dello stesso; la durata potrà essere prorogata, di tre anni in tre anni, fino ad un massimo di nove anni, previo accordo scritto tra le Parti che dovrà intervenire prima della scadenza.

Ciascuna delle Parti potrà recedere in qualunque momento dal presente Protocollo dando un preavviso all'altra Parte di almeno 180 giorni.

Nel caso di scadenza o di recesso, gli impegni assunti nell'ambito delle Convenzioni operative, di cui al precedente art. 5, dovranno essere portati a compimento, salvo diverso accordo tra le Parti e i Soggetti firmatari, di volta in volta, interessati.

Il presente Protocollo è sottoscritto digitalmente ai sensi dell'articolo 15 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e ss. mm. ii. e sarà sottoposto alle prescritte registrazioni di legge.

Per la Regione Lazio per gli IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri)

Il Presidente Il Commissario Straordinario

Determinazione 24 febbraio 2016, n. G01601 - Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale "Testo Unico dicembre 2010 di cui al Decreto Commissariale del 29 marzo 2011 n.U0026 come previsto dallo stesso decreto; recepimento proposte della Commissione Regionale del Farmaco - Co.Re.Fa. (BUR n. 18 del 3.3.16)

L.R. 7.3.16, n. 1 - Disposizioni per favorire la conciliazione nelle controversie sanitarie e in materia di servizi pubblici. (BUR n. 19 dell'8.3.16)

Art. 1

(Finalità e oggetto)

1. La Regione, nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, detta disposizioni finalizzate a tutelare le esigenze dei cittadini che fruiscono dei servizi pubblici regionali e a garantire il rispetto degli standard di efficienza, efficacia e qualità cui l'erogazione deve uniformarsi.

2. La Regione, in armonia con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28 (Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali), al fine di prevenire situazioni di contenzioso che possano coinvolgere i soggetti erogatori di servizi pubblici e gli utenti, con lo scopo di consentire al cittadino un più rapido soddisfacimento delle proprie richieste e all'amministrazione regionale una riduzione dei pesi finanziari ed amministrativi delle liti, individua e disciplina le procedure funzionali alla composizione stragiudiziale delle controversie di cui al comma 1, a condizione che, ai sensi dell'articolo 1966 del codice civile, abbiano ad oggetto diritti disponibili, promuovendone l'utilizzo da parte dei cittadini.

3. Per le finalità di cui ai commi 1 e 2, è istituita la Camera regionale di conciliazione, di seguito denominata Camera, con il compito di comporre in via stragiudiziale le controversie insorte tra i soggetti erogatori di servizi pubblici regionali ed i cittadini utenti, relative al mancato rispetto degli standard di qualità previsti nelle carte dei servizi, nonché le controversie tra i cittadini e gli enti del servizio sanitario regionale relative all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche riguardanti la responsabilità medicoprofessionale, escluse quelle di particolare complessità ai sensi del regolamento di cui all'articolo 3, comma 3, e comunque di valore superiore a cinquantamila euro.

4. La Regione, gli enti pubblici regionali, le società regionali, le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) di diritto pubblico della Regione ed i soggetti che erogano servizi pubblici regionali, anche in regime di concessione o mediante convenzione, hanno l'obbligo di inserire nelle carte dei servizi la clausola conciliativa di cui all'articolo 2 nonché di partecipare al procedimento di conciliazione attivato dal cittadino. Nelle carte dei servizi devono essere indicati in modo chiaro e puntuale le modalità, i tempi e le condizioni di accesso al procedimento conciliativo davanti alla Camera, così

come individuati dalla Giunta regionale ai sensi degli articoli 3 e 4. Gli utenti che abbiano usufruito dei pubblici servizi regionali e che, ferme restando le procedure di reclamo eventualmente previste dalle carte dei servizi, intendano esperire il procedimento conciliativo, devono essere espressamente avvertiti in merito alle specifiche conseguenze giuridiche derivanti dal raggiungimento dell'accordo e dalla positiva conclusione del procedimento davanti alla Camera.

5. In caso di servizi pubblici svolti in regime di concessione o mediante convenzione, gli obblighi di cui al comma 4 sono indicati nel bando o nell'avviso di indizione della gara o nel capitolato d'oneri ovvero, nelle procedure senza bando, nell'invito.

6. I comuni e gli altri enti locali, previo accordo con la Regione, al fine di perseguire na politica di contenimento dei costi nonché quanto previsto dal comma 2, possono estendere gli obblighi di cui al comma 4 anche ai propri uffici, enti, società, e concessionari che erogino servizi pubblici locali.

Art. 2

(Clausola conciliativa)

1. I soggetti individuati dall'articolo 1, commi 4 e 6, inseriscono nelle carte dei servizi la seguente clausola conciliativa: "Gli utenti del servizio hanno facoltà di rivolgersi alla Camera regionale di conciliazione per la risoluzione stragiudiziale delle controversie nascenti in seguito a disservizi o irregolarità riscontrati nello svolgimento del servizio o nell'erogazione delle prestazioni e in ogni caso di violazione degli standard di qualità previsti nella presente carta. L'attivazione del procedimento davanti alla Camera regionale di conciliazione è volontario ed è definito, in caso di accordo tra le parti, con un atto negoziale di diritto privato ai sensi dell'articolo 1965 del codice civile.

In caso di mancata accettazione della proposta transattiva formulata dalla Camera regionale di conciliazione o di mancata formulazione di una proposta transattiva è fatto salvo il diritto di ricorrere o dare corso alle tutele giudiziarie riconosciute dalla legge.

L'attivazione del procedimento davanti alla Camera regionale di conciliazione determina l'obbligo, per le aziende sanitarie locali ed i soggetti erogatori di servizi pubblici, di nominare un referente e di rimettere documentato rapporto informativo sulla questione alla Camera medesima, entro dieci giorni dalla data di comunicazione di avvio del procedimento. In caso di accordo, le parti si obbligano ad adempiere agli impegni assunti entro il termine di trenta giorni dalla data di sottoscrizione del verbale di conciliazione."

2. Gli utenti dei pubblici servizi regionali che abbiano deciso di aderire alla procedura di conciliazione avranno facoltà di produrre propri eventuali ulteriori documenti, nei casi e nei limiti previsti nel regolamento di cui all'articolo 3, comma 3.

Art. 3

(Camera regionale di conciliazione)

1. La Camera è istituita presso l'Istituto regionale di studi giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo" con il compito di comporre in via stragiudiziale le controversie derivanti dalla violazione degli standard di qualità previsti nelle carte dei servizi da parte dei soggetti individuati dall'articolo 1, commi 4 e 6. Per le controversie in cui siano parte le aziende sanitarie locali o le aziende ospedaliere, la Camera può essere adita anche nei casi in cui sia lamentato un danno patrimoniale derivante dall'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche riguardante la responsabilità medico-professionale, fino a cinquantamila euro, escluse quelle di particolare complessità ai sensi del regolamento di cui al comma 3.

2. La Camera è composta da un consiglio direttivo di tre membri, nominati dal Presidente della Regione, sentito l'Osservatorio sui conflitti e sulla conciliazione a Roma e nel Lazio ed il Comitato regionale degli utenti e dei consumatori, per la durata di tre anni e rinnovabili una sola volta, scelti tra magistrati a riposo, avvocati con almeno dieci anni di esercizio, professori e ricercatori universitari o di enti di ricerca in materie giuridiche, notai, medici iscritti agli albi professionali e con almeno dieci anni di esperienza, dottori commercialisti con almeno dieci anni di esercizio, nonché esperti in materia di conciliazione. I componenti del consiglio direttivo esercitano le proprie

funzioni a titolo gratuito. Il consiglio direttivo, su designazione dell'Osservatorio sui conflitti e sulla conciliazione a Roma e nel Lazio, d'intesa con l'Istituto regionale di studi giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo", redige la lista dei conciliatori, scelti tra mediatori esperti secondo le modalità previste dal regolamento di cui al comma 3, in modo da assicurare l'imparzialità e l'idoneità al corretto e sollecito esperimento dell'incarico. Il consiglio direttivo adotta un regolamento che disciplina l'organizzazione dei lavori della Camera e le modalità di gestione della lista dei conciliatori.

3. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la commissione consiliare competente, disciplina con regolamento l'organizzazione della Camera, individuando anche le risorse e il personale da assegnare alla stessa per l'espletamento delle sue funzioni tra quelle assegnate dalla Regione all'Istituto regionale di studi giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo". Con il medesimo atto sono determinati, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 4: le sanzioni per l'inadempimento degli obblighi di cui all'articolo 1, commi 4 e 6, e all'articolo 4, comma 1; il limite massimo di valore delle controversie che possono essere poste all'esame della Camera; il procedimento davanti alla Camera; i criteri e le modalità di presentazione delle domande, prevedendo anche la possibilità di presentare la richiesta attraverso l'accesso al portale web della Camera; le spese del procedimento, le cui entrate confluiscono, anche su base territoriale, in apposito fondo costituito all'interno del bilancio dell'Istituto regionale di studi giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo"; l'indennità, i casi di astensione e ricusazione e i requisiti dei conciliatori, che non acquistano alcuna ulteriore qualificazione professionale; le modalità e i tempi per la costituzione della Camera e la progressiva attivazione delle relative competenze. Le modifiche al regolamento sono adottate anche su proposta del consiglio direttivo.

4. Il consiglio direttivo, entro il 30 giugno di ogni anno, redige, in collaborazione con l'Osservatorio sui conflitti e sulla conciliazione a Roma e nel Lazio, un rapporto sull'attività svolta, indicando in particolare:

- a) il numero e l'esito dei procedimenti conciliativi conclusi;
- b) il numero dei procedimenti conciliativi ancora in corso e di quelli archiviati;
- c) i soggetti, tra quelli di cui all'articolo 1, commi 4 e 6, coinvolti nei procedimenti conciliativi.

5. Il rapporto di cui al comma 4 è inviato alla Giunta regionale che, entro sessanta giorni dalla sua ricezione, lo trasmette alla competente commissione consiliare corredato di una relazione che evidenzia le eventuali azioni intraprese o da intraprendersi, anche nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, al fine della riduzione del contenzioso. Il rapporto e la relazione della Giunta regionale sono pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione.

Art. 4

(Procedimento di conciliazione)

1. I soggetti individuati dall'articolo 1, commi 4 e 6, hanno l'obbligo di intervenire nel procedimento di conciliazione attivato dal cittadino davanti alla Camera.

2. Il procedimento davanti alla Camera, disciplinato ai sensi dell'articolo 3, comma 3, è svolto nel rispetto dei seguenti criteri direttivi:

- a) non obbligatorietà del procedimento conciliativo;
- b) volontarietà delle parti di adesione al procedimento davanti alla Camera, ad eccezione di quanto disposto dal comma 1;
- c) non vincolatività della proposta di accordo conciliativo della Camera, potendo le parti decidere di adire successivamente l'autorità giudiziaria;
- d) garanzia dell'imparzialità del procedimento;
- e) garanzia della riservatezza rispetto alle informazioni acquisite durante il procedimento;
- f) celerità del procedimento, compatibilmente con la complessità della controversia, che deve comunque concludersi entro novanta giorni dall'avvio;
- g) definizione della conciliazione, in caso di accordo fra le parti, con un atto negoziale di diritto privato ai sensi dell'articolo 1965 del codice civile.

3. L'attivazione del procedimento davanti alla Camera avviene ad istanza dell'utente ed è definito nel caso di:

- a) accettazione della proposta transattiva formulata dalla Camera, con un atto negoziale di diritto privato ai sensi dell'articolo 1965 del codice civile;
- b) mancata formulazione di una proposta transattiva;
- c) mancato accordo delle parti, con un verbale che ne dia atto.

4. Le parti possono farsi rappresentare o assistere nel procedimento da un soggetto munito di procura speciale, ivi comprese le associazioni di consumatori e utenti.

5. Ogni parte sopporta le eventuali spese sostenute per la propria difesa e consulenza tecnica, salvi i casi di esenzione dalle spese del procedimento per i cittadini che versino in condizioni di disagio economico.

Art. 5

(Disposizione finanziaria)

1. Dall'attuazione delle disposizioni della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica regionale. Allo svolgimento degli adempimenti previsti dall'articolo 3 si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00062 - DCA 562/2015: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene rettificato il DCA 562/2015: (Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001) eliminando nelle tabelle ivi presenti, il riferimento all'IVA (+IVA);

Viene differita l'attivazione della compartecipazione dal 1 gennaio al 1 luglio 2016 nelle more dell'attivazione della definizione di quanto sopra

NB

I costi fino a tale data saranno a carico del servizio sanitario regionale;

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00065 - Riparto delle competenze per l'effettuazione delle verifiche del possesso dei requisiti minimi e dell'attività di vigilanza e controllo di cui agli artt. 7, 10, 11, 13 e 16 della L.R. n. 4/2003. Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 26.3.2012, al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22.2.2013 e al Decreto del Commissario ad Acta n. U00288 del 26.6.2015. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene modificato il Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 26.3.2012, il Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22/02/2013 e il Decreto del Commissario ad Acta n. U00288 del 26.6.2015 eliminando le parti in cui vengono indicate le competenze per l'effettuazione delle verifiche del possesso dei requisiti minimi e dell'attività di vigilanza e controllo attribuite ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali.

Le competenze per l'effettuazione delle verifiche del possesso dei requisiti minimi e l'attività di vigilanza e controllo, di cui agli artt. 7, 10, 11, 13 e 16 della L.R. n. 4/2003, sono attribuiti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali secondo il seguente riparto:

- 1) Presidi e strutture sanitarie **pubbliche direttamente gestite** dalle Aziende Sanitarie Locali: Strutture che esercita il controllo Strutture destinarie del controllo ASL RM1 (ex RMA e RME) strutture che insistono sul territorio della ASL RM2 (ex RMB e RMC) ASL RM2 (ex RMB e RMC)

strutture che insistono sul territorio della ASL RM3 (ex RMD) ASL RM3 (ex RMD) strutture che insistono sul territorio della ASL RM1 (ex RMA e RME) ASL RM4 (ex RMF) strutture che insistono sul territorio della ASL RM5 (ex RMG) ASL RM5 (ex RMG) strutture che insistono sul territorio della ASL di Rieti ASL RM6 (ex RMH) strutture che insistono sul territorio della ASL di Latina ASL di Rieti strutture che insistono sul territorio della ASL di Viterbo ASL di Viterbo strutture che insistono sul territorio della ASL RM4 (ex RMF) ASL di Frosinone strutture che insistono sul territorio della ASL RM6 (ex RMH) ASL di Latina strutture che insistono sul territorio della ASL di Frosinone

2) Presidi e strutture sanitarie **pubbliche non direttamente gestite** dalle Aziende Sanitarie Locali:

- dall'Azienda Sanitaria Locale nel cui territorio ricade la struttura.

3) Presidi e strutture sanitarie **private**:

- dall'Azienda Sanitaria Locale nel cui territorio ricade la struttura.

DGR 1.3.16, n. 59 - DGR 289/2014 "DCA U00428/2013 - Assegnazione di fondi regionali per l'avvio del programma di attivazione di una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio per l'importo complessivo di euro 4.000.000,00 a valere sul Capitolo H22103 - di cui euro 400.000,00 a valere sull'esercizio finanziario 2014 del bilancio regionale ed euro 3.600.000,00 a valere sull'annualità 2015" – Trasferimento della sede Casa della Salute della Asl di Viterbo dal Presidio ex Ospedale Civile di Acquapendente al Presidio ex Ospedale S. Anna di Ronciglione. (BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene trasferita la sede per l'attivazione di una Casa della Salute nel territorio della Asl di Viterbo, individuata con D.G.R. n. 289 del 27/05/2014 presso il presidio ex Ospedale Civile di Acquapendente, al presidio ex Ospedale S. Anna di Ronciglione.

DGR 1.3. n. 68 - DCA U00428/2013 - DCA U00247/2014 - Proseguimento del programma di attivazione di una Casa della Salute in ciascun Distretto Aziendale del Lazio, per l'importo complessivo di €. 5.500.000,00 a valere sul Capitolo H22103 - esercizio finanziario 2016 del bilancio regionale(BUR n. 20 del 10.3.16)

Note

Viene assegnato l'importo di € 5.500.000,00 per l'attivazione di una Casa della Salute in ciascun Distretto territoriale ai sensi del DCA U00428/2013, nelle seguenti sedi:

Roma Labaro Mun. XV Roma1 Poliambulatorio Clauzetto € 200.000,00

Roma Nomentano Mun. II Roma1 Poliambulatorio irconv. Nomentana, 498 € 650.000,00

Roma Tuscolana Mun. VII Roma2 Pol. "Don Bosco" v. Antistio 12 € 600.000,00

Rignano Flaminio Rm F4 Roma4 manufatto da completare € 850.000,00

Anzio Rm H6 Roma6 Ex P.O. Villa Albani € 800.000,00

Aprilia Latina 1 LT sede Distretto € 600.000,00

Soriano nel Cimino Viterbo B VT Poliambulatorio € 400.000,00

Bagnoregio Viterbo A VT Poliambulatorio € 100.000,00

Ferentino Frosinone B FR ex Ospedale € 350.000,00

Ceccano-Ceprano Frosinone B FR ex Ospedale € 950.000,00

Viene proseguito, in attuazione del citato DCA n. U00428/2013, il percorso di riorganizzazione dell'offerta territoriale del Lazio dando avvio al programma di realizzazione delle Case Salute in ciascun Distretto in capo alle Aziende Sanitarie del Lazio;

- 18 -

LOMBARDIA

Circolare regionale 8 marzo 2016 - n. 4 - Definizione delle regole di gestione dei flussi informativi afferenti l'area socio sanitaria in attuazione della d.g.r. X/4702 del 29 dicembre 2015 (BUR n. 10 del 10.3.16)

Note

La presente circolare in attuazione a quanto previsto dalla d.g.r. 4702 del 29 dicembre 2015 recante «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016», definisce le regole di gestione dei flussi informativi della direzione generale welfare afferenti l'area socio sanitaria.

Per via del periodo transitorio di attuazione della l.r. 23/2015, in cui è previsto che nel primo trimestre e fino a nuova comunicazione siano le ex ASL ad inviare i flussi verso Regione Lombardia, nei calendari e nel documento è ancora utilizzata la dizione ASL.

Si riportano di seguito le specifiche per i periodi d'invio di ogni singolo flusso. I calendari di seguito riportati sono da intendersi validi per gli esercizi a seguire fino a nuova e specifica comunicazione. (a cui si rinvia).

Nel caso in cui il giorno previsto per la scadenza dell'invio del flusso dovesse coincidere con un giorno festivo, la scadenza si intende posticipata al primo giorno lavorativo successivo.

Dal 2016 i manuali tecnici di ogni singolo flusso sono pubblicati su SMAF nella sezione archivio documenti.

PIEMONTE

DGR 1.3.16, n. 3-2987 - Realizzazione di una struttura Banca dei tessuti presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. (BUR n. 10 del 10.3.16)

Note

Viene approvata, per le motivazioni espresse in premessa, la riorganizzazione delle Banche dei tessuti che conduca verso la realizzazione di una struttura Banca dei tessuti presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, che comprenda le attività riconducibili alle seguenti Banche:

- Cornee,
- Tessuti Muscolo-Scheletrici,
- Valvole Cardiache Umane e dei Segmenti Vascolari Umani,
- Sangue Placentare,
- Membrane amniotiche,

E' previsto un raccordo ed un'integrazione attiva con la Banca della Cute (che si è dotata di recente di strutture idonee).

PUGLIA

DGR 9.2.16, n. 56 - Schema di Regolamento Regionale in materia di Attività Ispettiva Sanitaria. Ritiro D.G.R. n. 2318 del 22/12/2015. (BUR n. 20 del 29.2.16)

Note

Viene revocata la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2318 del 22/12/2015, recante adozione dello schema di Regolamento Regionale ad oggetto "*Regolamento sull'attività ispettiva sanitaria nella Regione Puglia*".

DGR 9.2.16, n. 73 - Procedure aggregate sanità – anno 2016. Seguito DGR n. 2256/2015. Ulteriori disposizione alle Aziende Sanitarie. (BUR n. 20 del 29.2.16)

Note

Viene preso atto della istruttoria effettuata dal Dipartimento Promozione della Salute e di assumere le decisioni di seguito riassunte in tabella sulle procedure di gara relative alle merceologia indicate.

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo.

Le Aziende Sanitarie sono invitate ad evitare provvedimenti in contrasto con la normativa nazionale e con l'assetto organizzativo che la Regione Puglia ha adottato con DGR n. 2256/2015. Nel contempo, valutato che nessuna delle procedure è stata aggiudicata in via definitiva, alla luce delle recenti modifiche normative, si diffidano le Aziende Sanitarie a revocare le procedure di gare indette e relative alle categorie di spesa individuate dal Tavolo Nazionale degli Aggregatori in

contrasto con la normativa in materia, e anteporre all'interesse specifico della singola azienda sanitaria l'interesse pubblico di contenimento e razionalizzazione della spesa di cui la centralizzazione degli acquisti costituisce ex lege presupposto.

Viene autorizzato il prosieguo delle gare riportate in elenco, indette in fase antecedente all'adozione della alla DGR n. 2256/2015 e condotte in Unione d'Acquisto, e riferite a stent, protesi ortopediche e farmaci, in quanto rispondenti ai requisiti di cui alla medesima delibera e già in avanzato stato procedurale.

Le aziende sanitarie, nelle more di aggiudicazione della gara espletata dal soggetto aggregatore, al fine di evitare il ricorso a proroghe illegittime, devono procedere con indizione di gara ponte ai sensi del d.lgs. 163/2006 s.m.i. Tali procedure di evidenza pubblica dovranno essere bandite per il tempo limitato all'espletamento della procedura di acquisizione da parte del soggetto aggregatore.

Le procedure dovranno prevedere una clausola risolutiva espressa, che risolva anticipatamente il rapporto contrattuale nel caso di affidamento del servizio e/o fornitura da parte del soggetto aggregatore e/o della centrale unica di committenza.

Viene modificare la DGR 2256/2015 nella parte in cui attribuisce la gara di acquisto Farmaci all'A.O.U. Policlinico di Bari anziché alla ASL Bari.

L'Ares Puglia bandirà le procedure di acquisto e distribuzione dei farmaci PHT di cui alle D.G n. 134/2015, n. 135/2015 e n. 137/2015 avvalendosi di InnovapugliaSpA nella sua qualità di soggetto aggregatore. Stante le finalità e gli obiettivi della gestione dei farmaci inseriti nel Prontuario della Distribuzione per conto-PHT, le procedure di acquisto devono essere calendarizzate nel I trimestre 2016. L'Ares Puglia, per quanto attiene alle succitate procedure, avrà gli stessi obblighi delle aziende capofila cosa come individuati in DGR n, 2256/2015;

DGR 23.2.16, n. 135 -D.M. 18 ottobre 2012 - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera e di specialistica ambulatoriale. Integrazione del tariffario regionale. Modifica e integrazione modello di contratto, di cui alla D.G.R. n. 1365/2015. Definizione tariffa prestazioni in regime di ricovero e day – service con la tecnologia “Cyber – knife”. (BUR 23 dell'8.3.16)

Note

Viene stabilito, per le prestazioni sanitarie erogate con la tecnologia “Cyberknife” in regime di ricovero, la tariffa DRG pari a € **7.688,52** (per singolo episodio di ricovero), in analogia a quanto stabilito nell'ambito dell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (TUC);

Per quanto attiene le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono individuati tre pacchetti “day - service”.

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Viene modificato ed integrato, per il tramite del Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità:

- il Tariffario “tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, erogate in regime di ricovero e diurno”, di cui all'Allegato A della D.G.R. n. 951/2013, stabilendo per le prestazioni sanitarie erogate con la tecnologia Cyberknife in regime di ricovero la tariffa DRG pari a € 7.688,52, codice intervento 92.31 (per singolo episodio di ricovero);

- il Nomenclatore tariffario regionale della Specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 951/2013 e s.m.i., All. C - Sez. day Service, inserendo le prestazioni PAC, su riportate nel presente provvedimento.

Le strutture UVARP aziendali, in fase di verifica tecnico - sanitaria delle cartelle cliniche, dispongano il controllo del 100% di tutte le prestazioni erogate con la metodica Cyberknife. Nel caso di verifica di inappropriata rispetto alle patologie trattabili, individuate dal Regolamento regionale n. 2 luglio 2013 n. 16, dalle Linee guida dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica, dall'Istituto Superiore di Sanità nonché da eventuali linee guida regionali, nessun riconoscimento economico sarà corrisposto alla struttura erogatrice.

Il numero dei pazienti trattati in regime di ricovero debba essere massimo il 10% dei pazienti complessivamente trattati con la tecnologia Cyberknife, limite eventualmente da rivedere dopo un anno di attività a fronte di opportuni giustificativi.

In caso di trattamento di più focolai nello stesso organo comparsi contemporaneamente (vedi l'esempio di plurime metastasi cerebrali, epatiche o polmonari) il rimborso massimo sia quello riferito ad un trattamento effettuato in 3 o 5 sedute, in funzione del numero delle ripetizioni trattate (fino a tre od oltre tre).

Verrà costituito con successiva deliberazione di Giunta regionale, da adottarsi entro un mese dall'adozione del presente schema di provvedimento, un Tavolo tecnico composto da: due Dirigenti medici delle Unità Operative di Epidemiologia e Statistica, da un Direttore della Unità Operativa di "Radioterapia" e da un Direttore di Unità Operativa di "Oncologia". Sarà compito di detto Tavolo tecnico, oltre quello di definire entro massimo sei mesi le linee guida regionali in materia:

- a) il monitoraggio della coerenza delle prestazioni erogate con la tecnologia Cyber Kinfe rispetto alla patologia trattata;
- b) la valutazione costo - benefici dell'intera attività svolta con la tecnologia Cyber - knife.

DGR 23.2.16, n.136 - Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16/12/2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Linee di indirizzo sull’organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN). (BUR 23 dell’8.3.16)

Note

Viene recepito e preso atto delle “Linee di indirizzo sull’organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (SIAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)”, di cui all’Allegato A, che composto da n. 9 (nove) fogli, diventa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DGR 23.2.16, n. 142 - Accordo Stato – Regioni del 29/04/2010 (Rep. Atti n. 57/CSR del 29/04/2010) – Approvazione schema di convenzione tra Regione Puglia e Associazioni Donatori di Midollo Osseo. (BUR 23 dell’8.3.16)

Note

Viene approvato lo schema della convenzione da sottoscrivere tra il legale rappresentante della Regione Puglia e dell’ADMO Puglia Onlus, di cui all’allegato A che, composto di n. 6 (sei) fogli, è parte integrante e sostanziale del presente atto.

DGR 23.2.16, n. 157 - Legge regionale 8 ottobre 2014, n.40 - Costituzione dell’Osservatorio regionale sull’endometriosi. (BUR 23 dell’8.3.16)

Note

Vengono nominati i componenti dell’Osservatorio regionale sull’endometriosi così costituito:
CAMPOBASSO Giovanni Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento

Rappresentante di ogni associazione regionale che si occupi della patologia dell’endometriosi

MOSCHETTI Anna Maria – referente Comitato Taranto LIDER;

GRILLO Mara – Rappresentante APE;

VILLA Roberta – Rappresentante Comitato Taranto LIDER; Rappresentante della Commissione regionale per le pari opportunità

LEMMA Anna Rita;

Rappresentante per ogni professione medica responsabile del piano diagnostico-terapeutico e assistenziale territoriale e ospedaliero

STOLA Emilio – Coordinatore Osservatorio ASL Taranto;

NACCI Gianfranco – Direttore U.O. Ostetricia ASL Brindisi;

PERRONE Antonio – Direttore U.O. Ostetricia ASL Lecce;
 BELPIEDE Antonio - Direttore U.O. Ostetricia ASL BAT;
 NAPPI Luigi – Ricercatore Universitario – ASL Foggia;
 CAFORIO Giulia – Rappresentante ostetriche ospedaliere;
 SCAFATO Antonella – Rappresentante psicologi ospedalieri e territoriali; Rappresentante della
 Facoltà di medicina dell’Università degli studi della Regione
 CICINELLI Ettore – Referente ASL Bari.

A supporto delle attività dell’Osservatorio regionale sull’endometriosia è prevista la partecipazione del Direttore dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale nella persona di GERMINARIO Cinzia e di un rappresentante dell’Agenzia Regionale Sanitaria (ARES Puglia) nella persona di POVERO Paola

In riferimento alle nomine di un rappresentante per ciascun istituto INAIL e INPS regionale, in attesa di acquisire formalmente i predetti nominativi, il Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica integri con proprio atto la composizione dell’Osservatorio regionale sull’endometriosi ed, inoltre, provveda alle eventuali sostituzioni di componenti in caso di necessità.

La partecipazione ai lavori dell’Osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza o rimborsi spesa

SICILIA

DASS 10.2.16. - Approvazione del documento recante “Direttive sulla implementazione del Sistema regionale della formazione”. (GURS n. 10 del 4.3.16)

Articolo unico

Per le motivazioni in premessa riportate, è approvato il documento “Direttive sulla implementazione del Sistema regionale della formazione” che viene allegato al presente decreto per farne parte integrante.

Allegato

DIRETTIVE SULLA IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA REGIONALE FORMAZIONE

Attori e Processi organizzativi

Premessa

Il sistema regionale di governo della formazione in sanità si articola in distinti ruoli e competenze che si collegano e si supportano, strettamente l’un l’altro, in un flusso di informazioni e proposte che consentono il progressivo sviluppo di ciò che è considerato il perno centrale della formazione in sanità: la ricerca della qualità e il raggiungimento degli obiettivi di salute della comunità.

Elemento di forza del sistema deve essere la formulazione di obiettivi regionali a valenza strategica, legata alla lettura del contesto organizzativo regionale e agli obiettivi del PSR, necessari a orientare le singole aziende sanitarie nella progettazione complessiva dei propri piani di formazione.

Tale necessaria “logica di sistema” comporta il superamento di alcune criticità ancora attuali, come: frammentazione nella “governance” regionale; disomogeneità delle U.O. formazione nell’attribuzione di risorse dedicate alla gestione; scarso utilizzo della formazione come leva strategica di cambiamento, in rapporto a linee di sviluppo sistemiche; mancanza di una ottimizzazione dell’“offerta” nel sistema di erogazione delle attività formative, con rischi di sprechi e sovrapposizioni.

Gli attori del sistema regionale formazione e il sistema di relazioni

Agire in una logica di sistema significa attivare un lavoro di rete, istituzionale e di pratica professionale, con una regia chiara ed univoca in grado di mettere in sinergia tutti gli attori e potenziarne le competenze e i precisi ruoli.

Il sistema integrato della formazione del Servizio sanitario regionale richiama alla propria specifica funzione quali attori dello stesso:

- l’Assessorato della salute, con i suoi dipartimenti e relative articolazioni interne;

- l'Area interdipartimentale della formazione e comunicazione del DASOE;
- la rete dei responsabili delle UU.OO. formazione delle aziende sanitarie e ospedaliere;
- il CEFPAS quale ente strumentale della Regione siciliana nell'ambito della formazione del personale del sistema socio-sanitario.

Il decreto 7 settembre 2012 "Approvazione dell'assetto organizzativo delle unità operative per la formazione nelle aziende sanitarie della Regione siciliana e relative linee guida", la cui attuazione potrà dare un contributo significativo alle "coerenze di sistema" della Funzione Formazione del SSR, descrive efficacemente ruoli e compiti dei diversi attori.

Pur tuttavia, la ricognizione avviata dal DASOE ha evidenziato alcune criticità nella applicazione del decreto, da parte delle aziende sanitarie, soprattutto per quanto riguarda gli assetti organizzativi e quale funzione di strumento di governo strategico.

L'utilizzo della formazione, come leva strategica di cambiamento, presente in moltissimi decreti regionali di supporto alle priorità dell'organizzazione sanitaria e in molti capitoli dei piani attuativi aziendali, sembra quindi in alcuni casi ancora non rispondente al suo ruolo centrale, sebbene l'ultimo PSR sottolinei che "obiettivo della formazione è costituito dalle performance, cioè dai risultati dell'organizzazione sanitaria rappresentati dai servizi e dalle prestazioni erogate".

Per tale motivo, contemporaneamente all'avvio di una programmazione integrata delle attività formative di livello regionale, attraverso il sistema di rete di seguito descritto, le aziende sanitarie devono impegnarsi a completare il riassetto delle U.O. formazione, consentendo alla "formazione di connotarsi come laboratorio esperienziale e, oltre a fornire tecniche, strumenti e contenuti, favorisca spazi e idee, affinché gli stessi contenuti formativi siano traducibili in opportunità per le aziende" (PSR 2010-2013).

Il processo: le fasi e il loro flusso sequenziale

La logica di sistema che sottende alle relazioni tra i vari attori, operativamente deve dare vita ad un processo integrato che parte dall'analisi dei bisogni formativi, condotta all'interno delle aziende, per approdare alla programmazione formativa triennale di livello regionale che deve tradursi, a sua volta, in programmazione annuale dell'"offerta formativa" per il CEFPAS e in programmazione annuale (con i Piani formativi) per le aziende sanitarie.

A tal fine, occorre preventivamente definire i macroprocessi organizzativi che strutturano l'intero sistema.

Si precisa che il crono programma relativo all'anno 2016 dovrà tenere conto di quanto già pianificato dalle aziende in modo autonomo, anche nel rispetto delle scadenze del sistema ECM, e che potranno essere inserite nuove attività formative entro il termine del 30 aprile 2016. Tali attività saranno coniugate all'interno di un programma condiviso a livello regionale seguendo le modalità operative di dettaglio sotto descritte la cui tempistica indicata si applicherà a partire dalla programmazione per l'anno 2017.

1. Analisi dei bisogni formativi.

- Tempi: entro il mese di settembre di ciascun anno.

Nell'ambito del gruppo di lavoro, saranno predisposte, con il supporto della rete dei responsabili delle UU.OO. formazione delle aziende sanitarie, apposite linee guida regionali per la gestione del processo di rilevazione dei bisogni formativi e relative griglie di interviste e/o schede/questionari, al fine di poter uniformare il processo.

2. Individuazione delle priorità e delle macroaree di intervento formativo.

- Tempi: entro il mese ottobre di ciascun anno.

Propedeutico a tale step è il raccordo dell'area 7 del DASOE con tutti i servizi dello stesso Dipartimento, nonché del Dipartimento pianificazione strategica dell'Assessorato della salute per la rilevazione dei bisogni formativi regionali, così da poter definire le priorità e gli obiettivi formativi per l'anno successivo.

Il raccordo con l'area 7 del DASOE, in tema di formazione del SSR, da parte di tutti gli attori del Sistema integrato si rende necessario per ridurre le criticità, potenziare l'efficacia delle attività formative, ottimizzare le risorse eliminando sprechi e incongruenze.

L'esperienza, in tal senso, a partire dai piani attuativi aziendali, dimostra che le linee di programma devono avere auspicabilmente un respiro triennale, altrimenti si corre il rischio di essere diretti dalle contingenze e non dagli obiettivi.

Il secondo step del processo organizzativo del Sistema regionale della formazione, prevede la condivisione, all'interno del tavolo tecnicoM permanente (DASOE, rete dei responsabili delle UU.OO formazione delle aziende sanitarie, CEFPAS - costituito con nota 0048988 del 16 giugno 2014) - dei bisogni formativi rilevati nella fase precedente da ciascun partner del tavolo e, conseguentemente, l'individuazione delle macroaree di intervento previste per l'anno successivo, sulla base degli obiettivi regionali.

L'esito dell'analisi dei bisogni poggerà, pertanto, sulla lettura del bisogno formativo all'interno delle singole aziende (1), sulle indicazioni delle diverse aree dei due Dipartimenti assessoriali (2), coerentemente con le proprie programmazioni.

Tale risultato rappresenterà il riferimento principale per l'elaborazione dell'offerta formativa da parte del CEFPAS e delle programmazioni aziendali, contenute nei PIANI, a garanzia dell'ottimizzazione e della non sovrapposizione delle attività.

Il raccordo all'interno del tavolo tecnico consentirà di individuare, dunque, azioni e interventi formativi garantiti nella loro efficacia e appropriatezza dalla interconnessione, territoriale e/o aziendale.

Più precisamente, in questo step si procede all'individuazione degli interventi formativi che faranno parte delle programmazioni delle singole aziende e delle azioni di livello regionale che andranno incluse nella programmazione del Cefpas, non dimenticando la rispettiva autonomia di azione (Aziende - Cefpas) e la possibilità di rinegoziare talune azioni in corso d'opera, sulla base delle esigenze che interverranno.

In ogni caso, il processo segue una logica di condivisione, a partire dalla progettazione degli interventi formativi per le aziende che andrà effettuata in modo integrato tra le stesse e Cefpas.

Criterio chiave, che dovrà guidare l'individuazione dei percorsi da gestire a livello aziendale e di quelli da gestire a livello centralizzato, è la maggiore efficacia unitamente alla maggiore efficienza.

È evidente - come suggerito dalla letteratura e dalle esperienze aziendali - che i progetti che interessano grandi numeri vanno gestiti, direttamente dalle aziende, con "attività interne" che riducono i costi e, quando possibile, ottimizzano il know how aziendale.

In altri casi, il sistema di formazione "a cascata", rilevatosi prezioso in diverse esperienze formative del nostro Sistema sanitario regionale, rende opportuna la "formazione di formatori" che - di ritorno nelle proprie aziende - cureranno i percorsi formativi.

Dall'altra parte, per le famiglie professionali di nicchia (poco numerose per singole aziende) o per aree tematiche ultra-specialistiche che impattano numeri ridotti di operatori, la formazione centralizzata può avere minor costo e consentire il necessario *benchmarking*.

Occorre operare al fine di evitare il rischio di una formazione generica non ancorata al contesto operativo del personale sanitario, attivando percorsi formativi che tengano conto della varietà dei ruoli e delle attività professionali, effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali, nelle strutture e nella rete di servizi del sistema sanitario regionale (PSR 2010-2013).

3. Definizione dei piani formativi aziendali e individuazione del budget a livello di singole aziende sanitarie (sulla base degli obiettivi condivisi ai punti precedenti) e definizione del Piano formativo regionale

- Tempi: entro il 10 dicembre di ciascun anno.

4. Valutazione e reportistica delle attività formative dell'anno, a livello di singola azienda e degli operatori

- Tempi: entro 30 marzo di ciascun anno successivo a quello di riferimento.

Annualmente le aziende e il CEFPAS, in concomitanza con la relazione da presentare in qualità di provider, utilizzando lo stesso schema, presenteranno un report delle attività svolte al DASOE (Area interdipartimentale 7).

Ciò consentirà il monitoraggio delle attività formative, realizzate sull'intero territorio regionale, coniugando informazioni relative alle stesse con dati relativi all'impiego di risorse, consentendo quindi una visione completa del sistema formazione nella Regione. È auspicabile dare avvio a processi di monitoraggio più analitici, mediante un sistema formalizzato ed informatizzato, ancorato all'intera anagrafica dei dipendenti e convenzionati e alle articolazioni organizzative del Servizio sanitario regionale.

Ciò permetterebbe una lettura delle attività formative realizzate attraverso una serie di indicatori, quali per esempio: media annuale dei crediti formativi erogati per dipendente sanitario; giornate di formazione/ uomo erogate; media annuale di giornate di formazione/uomo erogate; corsi accreditati; giornate di formazione/aula erogate; personale formato per area contrattuale; formazione realizzata per singola professione; risorse finanziarie destinate alla formazione in rapporto al vincolo contrattuale (1% monte salari); etc....

A ciò si aggiunge l'opportunità di avviare un sistema avanzato di valutazione della formazione, attraverso lo studio e la sperimentazione di sistemi di valutazione di impatto che consentano di misurare la ricaduta, non certamente di tutte le attività realizzate, risultando di per sé dispendioso e poco efficace, ma opportunamente di tutte le attività formative di valore strategico.

A tale proposito nell'ambito dei programmi ritenuti prioritari e di carattere strategico dall'Assessorato della salute, il DASOE, cui spettano i compiti di coordinamento delle attività formative, potrà individuare l'esigenza di richiedere una contribuzione finanziaria alle singole aziende destinatarie direttamente o indirettamente degli interventi formativi.

Il DASOE in raccordo con il DPS individuerà infine ulteriori e necessarie fonti di finanziamento delle attività formative, derivanti dal PSN e dall'utilizzo di fondi comunitari per realizzare obiettivi formativi connessi con la piena efficienza del SSR e con il raggiungimento dei LEA.

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Agrigento (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Catania- (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Garibaldi di Catania. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Enna. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016.- Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera universitaria G. Martino di Messina. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Ragusa. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 12 febbraio 2016.

Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Siracusa (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 17 febbraio 2016.

Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DECRETO 17 febbraio 2016. - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo. (GURS n. 10 del 4.3.16)

DD 12.2.16 - Istituzione del Tavolo tecnico per lo screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA. (GURS n. 11 dell'11.3.159)

Art. 1

È istituito il Tavolo tecnico per lo screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA come test primario, composto da:

- dr.ssa Gabriella Dardanoni, responsabile unità staff
- 2 “Coordinamento screening oncologici e di popolazione”, coordinatore;
- prof. Antonio Perino, Università di Palermo;
- dott. Girolamo Guarneri, AOU Policlinico di Palermo;
- dr.ssa Aurora Scalisi, ASP di Catania;
- dott. Francesco Genovese, ASP di Palermo;
- dott. Ranieri Candura, ASP di Trapani.

Le funzioni di segreteria del tavolo tecnico saranno svolte dall'unità staff 2 “Coordinamento screening oncologici e di popolazione”.

Art. 2

Nulla è dovuto per la partecipazione ai componenti del Tavolo tecnico per lo screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA come test primario; le spese di viaggio e soggiorno sono a carico dei rispettivi enti di appartenenza.

DD 15.2.16 - Approvazione della convenzione tra Regione Sicilia e IMS Health per la raccolta di dati di consumo e di spesa dei farmaci e dei dispositivi medici delle Aziende sanitarie della Regione Sicilia. (GURS n. 11 dell'11.3.159)

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, è approvata la convenzione, allegata al presente decreto, tra l'Assessorato della salute - Dipartimento per la pianificazione strategica con sede in Palermo e l'IMS Health, con sede in Milano, al fine di rilevare e rendere disponibili i dati di consumo dei farmaci e dei dispositivi medici nelle strutture ospedaliere della Regione siciliana.

Art. 2

Per le finalità di cui all'art. 1 e ai sensi dell'art. 4 della suddetta convenzione, non è previsto alcun onere finanziario per il bilancio regionale.

DASS 1.3.16 - Approvazione delle linee guida regionali per l'individuazione dei Centri specializzati alla formulazione della diagnosi alla prescrizione dei medicinali. (GURS n. 11 del 11.3.16)

Art. 1

Per le motivazioni in premessa citate, è approvato il documento recante “Linee guida regionali per l'individuazione dei centri prescrittori” a cui i direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche nonché i rappresentanti legali delle case di cura accreditate dovranno uniformarsi per la presentazione all'Assessorato della salute delle istanze per il riconoscimento dei centri prescrittori.

Art. 2

Il decreto assessoriale 26 luglio 2010, recante “Criteri per l'individuazione e/o l'autorizzazione al mantenimento dei centri prescrittori dei farmaci H” è revocato.

Art. 3

L'individuazione di nuovi centri prescrittori sarà effettuata esclusivamente ai sensi della presente linea guida dalla data di pubblicazione del presente decreto.

Art. 4

Nelle more della definizione, a livello regionale, delle relative reti assistenziali e al fine di garantire la continuità assistenziale vengono temporaneamente confermati i centri identificati. Entro 180 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto, tali centri, al fine di mantenere l'autorizzazione alla prescrizione, saranno valutati ai sensi dei criteri riportati nelle presenti linee guida.

Allegato

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI SPECIALIZZATI ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E ALLA PRESCRIZIONE DEI MEDICINALI

Posto che obiettivo irrinunciabile è l'erogazione di prestazioni sanitarie realizzate in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza e di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, si elencano di seguito i criteri ai quali questo Assessorato, compatibilmente all'organizzazione della rete ospedaliera regionale, si atterrà per l'individuazione dei centri abilitati alla prescrizione dei medicinali insistenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate della Regione siciliana:

- a. Il numero dei centri sarà commisurato alla tipologia ed alla prevalenza delle patologie da trattare. In particolare, malattie a bassa prevalenza (o malattie rare), o che comunque richiedono complessi esami multidisciplinari per la corretta diagnosi, potranno richiedere un numero di centri prescrittori inferiore ad uno per provincia.
- b. Nel caso in cui i centri siano individuati per “aree terapeutiche” (es. neurologia, cardiologia ecc.), la prescrizione potrà essere effettuata esclusivamente da clinici che operano all'interno delle unità operative riconducibili all'area individuata.
- c. Nel caso in cui i centri siano inseriti nel contesto di specifiche reti assistenziali, le istanze dovranno pervenire, a firma del direttore generale, in conformità alla presente linea guida e nel rispetto delle prescrizioni contenute negli atti di programmazione nazionale e regionale.
- d. Al fine di essere individuato quale centro prescrittore, lo stesso deve essere inserito all'interno di una unità operativa formalmente riconosciuta e deve rispondere ai requisiti sotto riportati.

Si precisa che per unità operative formalmente riconosciute debbano intendersi le unità operative specialistiche, semplici o complesse delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri di ASP, formalmente identificate con i provvedimenti regionali di rimodulazione della rete ospedaliera e dagli atti aziendali e le unità operative specialistiche (unità funzionali), semplici o complesse, delle case di cura private accreditate purché autorizzate con specifici provvedimenti regionali.

Requisiti

- Comprovata esperienza nella gestione della patologia oggetto del trattamento:

- documentata qualità dei servizi erogati in termini di gestione clinica del paziente, organizzazione del centro e attività di monitoraggio (*follow-up* del paziente, corretta gestione dei registri di monitoraggio);
- documentata attività del centro nella diagnosi e cura della/e patologia/e trattate con gli standard di cura correnti, sia in regime di ricovero ordinario e/o di day hospital che in regime ambulatoriale;
- formale adozione dei PDTA regionali ove presenti (es. sclerosi multipla);
- numerosità di pazienti in trattamento per le singole patologie per le quali si richiede l'autorizzazione alla prescrizione del farmaco.

Per i centri di nuova istituzione dovranno essere presentati i dati epidemiologici comprovanti la necessità di istituzione di nuovi centri, tenuto conto dei dati epidemiologici di incidenza e prevalenza delle patologie nel territorio regionale e dell'eventuale offerta assistenziale già presente nell'azienda sanitaria.

Inoltre, ai fini dell'identificazione dei centri prescrittori dovranno essere presentati i dati inerenti i consumi e le iniziative volte a promuovere l'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari a livello Aziendale.

Dotazione organica:

presenza in organico di clinici in possesso di comprovata esperienza clinica nel trattamento della patologia oggetto del trattamento, attestata dal curriculum vitae, a cui sia possibile attribuire la funzione di referenti per le prescrizioni.

La dotazione organica deve essere in grado di garantire il corretto e completo espletamento di tutte le attività connesse alla compilazione dei registri di monitoraggio AIFA.

Disponibilità di strumentazione e tecnologia:

documentata possibilità nella struttura di effettuare indagini di laboratorio, di diagnostica strumentale e di *imaging* necessarie alla valutazione del paziente e quindi di effettuare una diagnosi appropriata

per l'ammissione alla terapia nonché al periodico *follow-up*;

- presenza nella struttura di ricovero di figure (formalmente identificate) deputate alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva, al monitoraggio e all'implementazione dei *flussi F, T ed H* laddove norme regionali e/o nazionali lo prevedano.

I centri prescrittori dei farmaci sottoposti a registri di monitoraggio AIFA e ad accordi negoziali (*payment by results, cost sharing, capping, risk sharing, ecc...*), sono responsabili e titolari di tutta la procedura di rimborso. Devono pertanto possedere dotazioni minime quali PC, collegamento internet ecc. presso il centro e la farmacia di riferimento.

Dotazione strutturale:

possibilità di disporre di spazi dedicati all'attività assistenziale del centro (es. stanze visita dedicate per attività diagnostica, *follow up* assistenziale, sala somministrazione/infusione farmaci, sala d'attesa, ecc.);

Approccio multidisciplinare:

documentata organizzazione volta a ottimizzare la gestione clinica della patologia oggetto del trattamento (*network* specialistico). È pertanto indispensabile indicare la presenza di UU.OO. essenziali per l'appropriata gestione del paziente.

A seguito del riconoscimento del centro prescrittore, il servizio 7 farmaceutica ed il Centro regionale di farmacovigilanza dell'Assessorato della salute, di concerto con le AA.SS.PP, provvederanno affinché sia effettuato il monitoraggio delle prescrizioni in ottemperanza ai provvedimenti regolatori nazionali (RCP, note AIFA ecc...) e regionali. In particolare, per quei centri che prescrivono farmaci per i quali sono previsti accordi negoziali di condivisione del rischio, in caso di inadempienze legate alla gestione dei registri di monitoraggio AIFA, i responsabili verranno chiamati a rispondere disciplinarmente e patrimonialmente.

Ad un anno dall'attivazione i centri individuati dovranno fornire informazioni inerenti:

- a) Pazienti trattati (distinti in naive e follow up).
- b) Numero di segnalazioni di sospette reazioni avverse effettuate

- c) Compilazione corretta del registro di monitoraggio AIFA (ove presente).
- d) Completamento delle procedure di condivisione del rischio (es. *payment by result*, etc) ove previste dagli accordi negoziali.
- e) Dati inerenti l'utilizzo dei farmaci biosimilari nell'ambito delle categorie in cui sono presenti (es. Epo, GCSF ecc...).

Ai fini del mantenimento dei centri prescrittori saranno valutate anche le attività connesse alla farmacovigilanza, in riferimento alla segnalazione delle sospette reazioni avverse ai sensi della vigente normativa.

Saranno inoltre valutati i consumi e le iniziative volte a promuovere l'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari.

L'Assessorato della salute nei casi in cui saranno riscontrate gravi inadempienze o sensibile diminuzione degli standard quali-quantitativi sopra descritti attiverà il conseguente procedimento di contestazione, in esito al quale potrà procedersi alla revoca dell'autorizzazione.

Le istanze di riconoscimento di nuovi centri, con le quali dovrà essere certificato il possesso dei requisiti di cui sopra, dovranno pervenire ai servizi "Farmaceutica" e "Programmazione ospedaliera" del Dipartimento pianificazione strategica dell'Assessorato della salute su proposta del direttore generale dell'azienda sanitaria ovvero dal legale rappresentante della casa di cura privata accreditata.

All'istanza dovrà essere allegata l'attestazione della farmacia (ove presente) della struttura presso cui insiste il centro con la quale si assicura la gestione appropriata in riferimento anche agli adempimenti regolatori previsti.

Restano ferme tutte le disposizioni già emanate da questo Assessorato in materia di prescrizione e dispensazione dei farmaci.

Le istanze che non riportano tutte le informazioni sopra descritte saranno ritenute non conformi e pertanto saranno rigettate.

Si precisa altresì che i centri prescrittori devono sostenere anche il costo di trattamenti farmacologici che non possono essere posti in compensazione.

L'Ufficio procederà a verificare la sussistenza dei requisiti sopra riportati anche nei centri già individuati per specifiche aree terapeutiche.

TOSCANA

MOZIONE 17 febbraio 2016, n. 152 - In merito alla necessità di garantire la pubblica sicurezza all'interno degli ospedali toscani. (BUR n. 9 del 2.3.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- dalle cronache quotidiane emerge un netto peggioramento delle condizioni di sicurezza all'interno dei presidi ospedalieri toscani, sia per quanto riguarda il personale sanitario, spesso soggetto a minacce e aggressioni, sia per quanto riguarda i furti di oggetti personali dei pazienti e, in casi ancor più gravi, furti su commissione di apparecchiature costose o farmaci salvavita, così come accaduto all'ospedale Le Scotte di Siena, dove i ladri hanno rubato macchinari per un valore di circa mezzo milione di euro;
- alcune organizzazioni sindacali della funzione pubblica hanno più volte sottolineato come tale situazione sia in costante peggioramento;
- all'interno di presidi ospedalieri toscani vengono segnalate persone talvolta in evidente stato di ebbrezza che girano indisturbate nei corridoi e persone senza tetto che soggiornano nei bagni e nei corridoi delle strutture;
- in molte strutture ospedaliere regionali vengono denunciati spesso episodi legati all'accattonaggio molesto, spesso di persone di etnia Rom, come anche episodi probabilmente legati al racket dei parcheggiatori abusivi da parte di persone extracomunitarie.

Considerato che:

- la violenza nei confronti dei sanitari è divenuta oggi la più diffusa, passando in pochi anni dal 25 per cento al 50 per cento, di tutte le tipologie di aggressione (Dati: Nordin, H. Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health 1995 e OSHA. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Occupational Safety and Health Administration website 2013);
 - negli USA il fenomeno registra numeri preoccupanti che contano circa 800/900 mila aggressioni all'anno verso personale impiegato in servizi di emergenza ed infermieristico (Violence against nurses working in U.S. emergency departments. The Journal of Nursing Administration 2009);
 - un'indagine statunitense del 2009 ha evidenziato che su un campione di 3211 infermieri di pronto soccorso l'11 per cento (con una variabilità dal 8,3 per cento al 12,8 per cento) ha riferito di aver subito nell'ultima settimana di lavoro violenze fisiche e il 43,8 per cento (variabilità dal 42,4 per cento al 45,7 per cento) ha sperimentato abusi verbali. Dati confermati anche nel 2011 (ENA. Emergency Department Violence Surveillance Study August 2010. ENA website);
 - in Italia, nel 2007, lo studio di Becattini, Bambi, Palazzi ed altri, condotto in 14 regioni ha evidenziato che: il 90 per cento degli infermieri intervistati riferiva di essere stato oggetto di aggressioni verbali, il 35 per cento di aver subito atti di violenza fisica, percentuali che salgono rispettivamente al 95 per cento e al 52 per cento nel caso in cui l'intervistato è stato testimone degli abusi verso altri colleghi infermieri (Becattini G., Bambi S., Palazzi F. et al. "Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana", in ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI 2007).
 - esiste un gruppo di studio sulle aggressioni in pronto soccorso formato principalmente da dottori ed infermieri appartenenti al sistema sanitario regionale toscano;
 - in alcune strutture ospedaliere toscane le aggressioni sono divenute la seconda causa di infortuni sul lavoro, come recentemente evidenziato dal sindacato Funzione Pubblica Cisl di Firenze e Prato;
 - gli operatori sanitari richiedono una maggiore presenza delle forze dell'ordine all'interno degli ospedali toscani.
- Ritenuto che, anche alla luce dei recenti episodi di terrorismo internazionale che hanno visto coinvolta la capitale francese, l'attenzione delle istituzioni e delle forze dell'ordine per la sicurezza di obiettivi sensibili e luoghi pubblici affollati, quali sono gli ospedali, debba essere massima;

IMPEGNA

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

a farsi portavoce presso il Ministero dell'interno affinché le strutture ospedaliere regionali siano presidiate con maggiore puntualità dalle forze dell'ordine, possibilmente con presidi fissi.

DGR 16.2.16, n. 90 - Articolo 112-quater, dlgs n. 219/2006 e s.m.i. Vendita on line di medicinali uso umano senza obbligo di prescrizione medica. (BUR n. 9 del 22.3.16)

Note

Con riferimento alle farmacie, ex articolo 14 della legge regionale n. 16/2000 e s.m.i., i Comuni sono competenti in materia di rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio.

Con riferimento, invece, alle cosiddette "parafarmacie", ex articolo 18 bis legge regionale 28/2005 l'attività di vendita di medicinali uso umano non soggetti a prescrizione medica e uso veterinario è soggetta al regime della "comunicazione";

Viene individuato nel Comune, territorialmente competente, l'autorità preposta al rilascio dell'autorizzazione alla vendita on line di medicinali di cui all'articolo 112 quater, comma 3, D.Lgs. n. 219/2006 e s.m.i..

Il titolare/ direttore di farmacia/"parafarmacia", ancorché in possesso della predetta autorizzazione comunale, non potrà avviare l'attività di vendita on line prima del perfezionamento di tutte le successive azioni richieste e disciplinate dal Ministero della Salute;

DGR 16.2.16, n. 91 - Revoca parziale Delibera GRT n. 1048 del 20-10- 2003 "Impiego di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore". (BUR n. 9 del 22.3.16)

Note

Viene preso atto:

a) che i medicinali preconfezionati prodotti industrialmente contenenti tramadolo e paracetamolo/codeina in associazione fissa preconstituita e classificati ai fini della rimborsabilità in classe A SSN L. 537/1993 soddisfano le esigenze assistenziali;

b) che i medicinali preconfezionati prodotti industrialmente contenenti i principi attivi elencati nell'allegato IIIbis di cui al D.P.R. 309/1990, e successive modifiche ed integrazioni, da soli o in associazione fissa preconstituita, classificati ai fini della rimborsabilità in classe A SSN L. 537/1993 soddisfano le esigenze assistenziali sia attraverso l'erogazione nel canale della assistenza farmaceutica convenzionata che nel canale della distribuzione diretta;

Vengono revocati, pertanto, a decorrere dal settimo giorno successivo all'adozione del presente atto, i punti 4 e 5 della delibera G.R. Toscana n. 1048 del 20 ottobre 2003.

MOZIONE 17 febbraio 2016, n. 222 - In merito all'estensione della campagna di vaccinazione gratuita. (BUR n. 9 del 22.3.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che da gennaio 2015 si sono verificati, in Toscana, 50 casi di infezione causata da meningococco, di cui 41 di tipo C, con 9 decessi, 8 dei quali riconducibili al ceppo C e uno al B.

Rilevato che:

- nell'anno 2015 si è registrato sul territorio regionale un incremento significativo del numero di segnalazioni di malattia invasiva da meningococco, in prevalenza appartenenti al sierogruppo C, che ha costituito un fatto anomalo ed ha richiesto misure di profilassi straordinarie adottate con la richiamata deliberazione della Giunta regionale 27 aprile 2015, n. 571 (Prevenzione della diffusione del meningococco C in Toscana. Aggiornamento calendario e direttive aprile 2015.);

- la tipizzazione dei casi di meningite/sepsi da meningococco C ha rilevato la presenza di un ceppo ST11 particolarmente virulento;

- al 31 dicembre 2015 (fonte dati Regione Toscana), dall'inizio della campagna straordinaria risultano vaccinate in Toscana 229.373 persone: 120.272 nella fascia di età 11-20 e 109.101 nella fascia 20-45. I pediatri che hanno aderito alla campagna sono il 72,8 per cento, i medici di famiglia il 65,6 per cento.

Considerato che la Regione Toscana ha prorogato fino al 30 giugno 2016 la campagna straordinaria che prevede l'offerta gratuita della vaccinazione antimeningococco C con vaccino tetravalente ACWY a tutti i soggetti nella fascia di età dai 20 anni compiuti al compimento dei 45 anni che hanno frequentato la stessa comunità in cui si è verificato un caso di meningite da meningococco C e anche a tutte le persone, sempre di età dai 20 anni compiuti al compimento dei 45 anni, che vivono nelle aziende sanitarie in cui si è verificato un caso di meningococco C.

Preso atto che in seguito al diffondersi della sepsi anche nelle province di Livorno, Siena e Grosseto, la Giunta regionale con deliberazione 2 febbraio 2016, n. 45 (Prevenzione della diffusione del meningococco C in Toscana. Estensione a tutto il territorio regionale delle misure straordinarie di profilassi e prenotazione delle risorse) ha esteso a tutta la regione la campagna straordinaria e gratuita di vaccinazione anti meningococco C per le persone di età compresa fra 20 e 45 anni.

Considerato che:

- la profilassi vaccinale è la misura più efficace per ridurre il rischio di diffusione delle infezioni trasmesse dalle malattie batteriche invasive che sono caratterizzate da una elevata frequenza di gravi complicanze e assicura una protezione diretta nei confronti del vaccinato ma anche indiretta (immunità di gregge) nei confronti della popolazione generale in quanto riduce la circolazione del batterio anche negli eventuali portatori;

- i dipendenti del sistema sanitario regionale, sia medici che infermieri che operatori socio sanitari, rientrano nelle vaccinazioni programmate;

- i volontari delle associazioni che si dedicano all'emergenza urgenza territoriale, invece, non rientrano nella campagna di vaccinazione;
- tali operatori-volontari, considerata la tipologia di servizio che svolgono, dovrebbero rientrare nella campagna di vaccinazione gratuita.

Ricordato, infine, che in seguito alla pronuncia della Corte di giustizia europea (sentenza del 29 novembre 2007 – III sezione causa C-119/06) la Regione Toscana ha approvato la legge regionale 30 dicembre 2010, n.70 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) ed alla legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario) in tema di riorganizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza) in materia di riorganizzazione del sistema dell'emergenza urgenza che ha integrato e associazioni di volontariato quali le misericordie, le pubbliche assistenze e la Croce Rossa Italiana nel sistema sanitario regionale e che quindi tale modifica fa rientrare a pieno titolo le associazioni di volontariato nel sistema pubblico di emergenza urgenza-118.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

ad adoperarsi a livello nazionale per estendere il piano della vaccinazione obbligatoria e gratuita ai volontari soccorritori delle associazioni di volontariato della Regione Toscana.

DGR 23.2.16, n. 108 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione GRT n. 14 del 19.01.2016. (BUR n. 9 del 22.3.16)

VENETO

DGR 16.2.16, n. 129 - Approvazione del programma relativo alle procedure di gara centralizzate di acquisizione di beni e servizi in carico al Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) per il biennio 2016-2017. (BUR n. 17 del 26.2.16)

Note

Il presente provvedimento approva il programma biennale per gli anni 2016-2017 relativo alle procedure di gara centralizzate che il Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità svolgerà per l'acquisizione delle forniture e dei servizi.

DGR 16.2.16, n. 133 - Coordinamento Regionale del sistema Emergenza - Urgenza. Aggiornamento del modello organizzativo. (BUR n. 17 del 26.2.16)

Note

Con il presente provvedimento la Regione del Veneto attua una riorganizzazione del Coordinamento Regionale del sistema Emergenza - Urgenza (CREU) ed in particolare si dispone che il Coordinamento sia suddiviso in due Aree: a) Area Servizio Urgenza Emergenza Medica - SUEM e b) Area Accettazione e Pronto Soccorso, con individuazione delle professionalità necessarie per presidiare l'intero complesso delle attività.

DGR 16.2.16, N. 134 - DGR n. 1905 del 23 dicembre 2015 recante "Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica". Integrazioni correlate alle norme in materia di personale del SSN contenute nell'articolo 1, commi da 541 a 544, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità per l'anno 2016). (BUR n. 17 del 26.2.16)

Note

Si apportano alcune integrazioni alla deliberazione richiamata in oggetto alla luce della normativa contenuta nell'articolo 1, commi da 541 a 544, della Legge di Stabilità per l'anno 2016, che prevede particolari procedure per l'assunzione a tempo indeterminato del personale del SSN necessario a far fronte alle esigenze connesse al rispetto delle disposizioni europee e della legislazione nazionale in materia di articolazione dell'orario di lavoro.

DGR 16.2..16, n. 140 - Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2). (BUR n. 17 del 26.2.16)

Note

PREMESSA

Il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ha introdotto - ai titoli II e III - una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche prevedendo, tra l'altro, disposizioni concernenti la misurazione, valutazione e trasparenza della performance e la valorizzazione del merito dei dipendenti.

Inoltre, l'art. 16, comma 2, del D.Lgs. n. 150/2009, prevede che le Regioni e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, adeguino i propri ordinamenti ai principi contenuti nel decreto medesimo in tema di valutazione e misurazione della performance.

Pertanto, al fine di favorire un'applicazione omogenea delle disposizioni e dei principi contenuti nel Decreto precitato, con la deliberazione n. 2205 del 6 novembre 2012 la Giunta Regionale ha approvato le Linee di indirizzo nei confronti delle aziende ed enti del SSR in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del D.lgs. n.150/2009, prescrivendo l'applicazione delle stesse con decorrenza 1 gennaio 2013.

In particolare, la precitata deliberazione e le Linee di indirizzo approvate con la stessa, hanno posto l'accento sul ciclo di gestione della valutazione dei risultati e sui soggetti che intervengono nel processo di misurazione e valutazione, con particolare attenzione agli Organismi Indipendenti di Valutazione sostitutivi dei servizi di controllo interno di cui al D.Lgs. n. 286/1999.

Considerato, infatti, che ai sensi degli artt. 7 e 14 del D.Lgs. n. 150/2009, "*ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, si dota di un Organismo indipendente di valutazione della performance*", al quale compete la misurazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso (che si esprime attraverso una serie articolata di attività da svolgere e documenti da redigere), la precitata deliberazione ha disposto che presso ogni azienda sanitaria regionale venga costituito l'Organismo, individuando, tra l'altro, i compensi massimi attribuibili ai componenti/presidenti degli OIV, e prescrivendo alle aziende sanitarie del SSR di far fronte alla spesa derivante con le risorse eventualmente già destinate ai servizi di controllo interno, nonché con le risorse finanziarie, umane e strumentali, disponibili a legislazione vigente.

Le "*Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale ed in materia di trasparenza applicative delle disposizioni del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150*" approvate con la precitata DGRV n. 2205/06.11.2012 hanno, poi, stabilito che l'OIV sia costituito in forma collegiale, da tre componenti esterni all'amministrazione e in possesso delle professionalità specificatamente richieste dall'art. 14, comma 7, del D.Lgs. n. 150/2009 nei campi del management sanitario e/o della valutazione dei risultati e/o della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche e delle organizzazioni dei servizi sanitari, in quanto necessarie per il corretto svolgimento delle funzioni proprie dell'Organismo. Relativamente al titolo di studio, ciascun componente deve essere in possesso di diploma di laurea, nonché in possesso di ulteriori titoli di studio post universitari in ambiti afferenti ai settori dell'organizzazione e della gestione del personale o, in alternativa, di una comprovata esperienza gestionale nel campo amministrativo e/o sanitario.

Successivamente all'adozione della predetta deliberazione n. 2205/2012, il quadro normativo di riferimento si è arricchito di ulteriori disposizioni legislative, che hanno determinato un ampliamento nelle attribuzioni degli Organismi di cui trattasi. In particolare, la Legge 6 novembre 2012, n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" e il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PPAA*" hanno previsto un coinvolgimento dell'OIV - rispettivamente - nell'approvazione del Codice

di comportamento aziendale e nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione ad opera del responsabile per la prevenzione della corruzione.

IL GRUPPO DI LAVORO

Alla luce di quanto sopra, con la nota prot. n. 204187 del 12 maggio 2014, il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha costituito un Gruppo di Lavoro, composto da figure professionali competenti in materia, con il compito di elaborare un documento di sintesi su ruolo e attribuzioni dell'OIV delle Aziende Sanitarie regionali, anche alla luce della normativa recente in materia di trasparenza e anticorruzione.

Il predetto Gruppo di Lavoro, dopo un approfondito studio nella normativa di riferimento, ha predisposto una proposta di Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione.

In ottemperanza alle disposizioni della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, recante "*Disposizioni in materia di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale*", così come modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22, e nel rispetto del sistema di relazioni sindacali regionali previsto dai vigenti protocolli d'intesa tra la Regione del Veneto e le stesse organizzazioni sindacali, gli uffici afferenti all'Assessorato regionale alla Sanità hanno realizzato un confronto con le rappresentanze regionali delle Organizzazioni sindacali del Comparto Sanità, della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, nel corso del quale è stata presentata la predetta proposta di Linee guida, al fine di acquisire informazioni e nozioni utili al suo perfezionamento.

L'APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Vengono approvate le "*Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale*" che, allegate al presente atto (**Allegato A**), ne costituiscono parte integrante e contestuale.

Le Linee guida recepiscono il parere n. 29 espresso dalla Quinta Commissione consiliare nella seduta del 1 dicembre 2015.

Ciascun OIV venga costituito in forma collegiale e sia composto da tre componenti esterni all'amministrazione, in possesso dei seguenti requisiti:

- diploma di laurea e ulteriori titoli di studio post universitari in ambiti afferenti ai settori dell'organizzazione e della gestione del personale o, in alternativa, una comprovata esperienza gestionale nel campo amministrativo e/o sanitario;
- professionalità specificatamente richieste dall'art. 14, comma 7, del D.Lgs. 150/2009 nei campi del management sanitario e/o della valutazione dei risultati e/o della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche e delle organizzazioni dei servizi sanitari, in quanto necessarie per il corretto svolgimento delle funzioni proprie dell'Organismo.

Sono confermati i seguenti importi, al netto di oneri IRAP/IVA a carico delle aziende, quali compensi massimi attribuibili ai componenti degli OIV, di cui alla D.G.R. n. 2205/06.11.2012:

- fino a Euro 4.000,00 annui per ciascun componente degli OIV costituiti presso aziende fino a 2300 dipendenti
- fino a Euro 5.000,00 annui per ciascun componente degli OIV costituiti presso aziende comprese tra 2301 e 3000 dipendenti
- fino a Euro 6.000,00 annui per ciascun componente degli OIV costituiti presso aziende con più di 3000 dipendenti-

NB

I predetti importi possano essere incrementati fino alla misura del 10% nei confronti dei presidenti degli OIV;

ALLEGATO A

NB

Si rinvia alla lettura integrale del documento

DGR 16.2.16, n. 142 - Realizzazione del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 55/CR del 4 agosto 2015. (BUR n. 17 del 26.2.16)

Note

PREMESSA

Nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, promulgato con Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23, è riportato come le reti cliniche integrate con il territorio debbano rispondere a due principi cardine: garantire a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo e con una tempistica adeguati; garantire, allo stesso tempo, la sicurezza delle prestazioni al paziente, strettamente correlata all'expertise clinica e ad una appropriata organizzazione.

Dati epidemiologici riferiti all'anno 2008 stimano che nel mondo 1 adulto su 3 sia in sovrappeso (considerando come soglia un Indice di Massa Corporea - IMC - ≥ 25) e 1 su 9 obeso (IMC ≥ 30); ciò equivale a 1,46 miliardi di adulti sovrappeso e almeno 508 milioni obesi. La prevalenza di sovrappeso e obesità, nel periodo 1980-2008, è quasi raddoppiata dal 6,4% nel 1980 al 12,0% nel 2008, e desta particolare preoccupazione per l'elevata morbilità ad essa associata.

Da riportare inoltre come l'obesità influenzi pesantemente anche lo sviluppo economico e sociale, e, come secondo la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità (Conferenza Ministeriale della Regione Europea dell'OMS, Istanbul, Novembre 2006), l'obesità e il sovrappeso negli adulti siano responsabili della spesa sanitaria nella Regione Europea, per una quota che arriva fino all'8%; senza considerare i costi indiretti, derivanti dalla perdita di vite umane, di produttività e guadagni correlati, che si stima essere almeno il doppio dei costi diretti rappresentati da ospedalizzazioni e cure sanitarie.

L'analisi del sovrappeso e dell'obesità nella fascia di età 6-17 anni dimostra come il tema dell'obesità non sia di esclusivo appannaggio dell'età adulta con il 26,9% bambini e adolescenti in eccesso di peso.

Dal punto di vista epidemiologico va riportato come nell'edizione 2012 dell'indagine "OKkio alla salute" si sia registrata una percentuale di bambini di età 8-9 anni in eccesso ponderale pari al 32,8%, dei quali il 22,2% in sovrappeso e il 10,6% obesi, e ciò rappresenta un dato tra i più elevati a livello europeo sebbene leggermente inferiore a quello rilevato nelle raccolte precedenti.

IL GRUPPO TECNICO DI LAVORO

Per dare attuazione a quanto previsto dal PSSR 2012-2016, così come in precedenza riportato, con decreto n. 159 del 2 ottobre 2014, il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha istituito un gruppo tecnico di lavoro affidando allo stesso il compito di realizzare un modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità; la composizione del suddetto gruppo di lavoro ha successivamente subito delle integrazioni e modifiche con i Decreti n. 222 del 23 dicembre 2014 e il n. 20 del 28 gennaio 2015.

Il citato gruppo ha completato il proprio lavoro con l'elaborazione di un documento tecnico di indirizzo per lo sviluppo del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità (documento agli atti della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria).

L'APPROVAZIONE DEL MODELLO

Viene approvata la realizzazione del modello assistenziale di rete, *hub & spoke*, per il trattamento integrato dell'obesità.

I Centri *hub*, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale, sono previsti presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Presso ogni Azienda Ulss deve essere individuata una struttura *spoke* che funga da riferimento per la gestione delle problematiche relative ai pazienti in parola, ovvero rappresenti un punto di riferimento, sia per i pazienti adulti che per quelli in età pediatrica, per la tempestiva e completa presa in carico degli stessi in piena sintonia a quanto proposto dai centri Hub. A livello di ogni singola azienda sanitaria, al fine di facilitare i rapporti con il centri Hub, dovranno inoltre essere identificati dei referenti per l'attività in oggetto.

Il modello di rete, in coerenza con quanto previsto dal PSSR 2012-2016 e dalla DGR n. 2122 del 19.11.2013, deve, inoltre, essere sviluppato in piena integrazione con le strutture ospedaliere private accreditate operanti in ambito regionale. Indispensabile è poi il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per la gestione dei percorsi dei pazienti obesi e per gli aspetti connessi alla prevenzione, e parimenti importante il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta in considerazione degli indubbi vantaggi di una campagna di educazione sanitaria rivolta all'infanzia e ai soggetti in età evolutiva.

Per quanto concerne le funzioni di coordinamento del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità, limitatamente all'età adulta, vengono assegnate tali funzioni al Centro Regionale Specializzato per lo studio ed il trattamento integrato dell'obesità, identificato presso l'Azienda Ospedaliera di Padova dalla DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014.

Per quanto concerne l'età pediatrica ed evolutiva, vengono assegnate le funzioni di coordinamento del modello assistenziale di rete, al Centro Regionale Specializzato per la diabetologia pediatrica identificato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona dalla DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014.

DGR 16.2.16, n. 139 - Nomina del Responsabile del "Centro Regionale per la sicurezza del paziente" ai sensi della D.G.R. n. 2364 del 29 dicembre 2011. (BUR n. 20 del 1.3.16)

Note

Con il presente provvedimento si dispone la nomina del Responsabile del Centro Regionale per la sicurezza del paziente istituito ai sensi della D.G.R. n. 2364 del 29 dicembre 2011. Con il presente provvedimento si dispone la nomina del Responsabile del Centro Regionale per la sicurezza del paziente istituito ai sensi della D.G.R. n. 2364 del 29 dicembre 2011.

DGR 23.2.16, n. 169 - Definizione del profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie nella Regione del Veneto. (BUR n. 23 dell'11.3.16)

Note

PREMESSA .

La Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali ", ha istituito la funzione di coordinamento per i laureati appartenenti alle professioni sanitarie.

In tal modo, detta funzione, storicamente presente negli ospedali italiani fin dai primi del '900 e tradizionalmente affidata agli infermieri, è stata allargata a tutte le professioni sanitarie poiché considerata strategica per il buon funzionamento delle organizzazioni complesse e per lo sviluppo di servizi in costante trasformazione.

La complessità dei servizi, l'assunzione di logiche gestionali orientate al controllo della spesa e i conseguenti processi riorganizzativi, hanno determinato il consolidamento di ruoli con efficacia gestionale e, nel contempo, lo sviluppo di nuove funzioni ancora poco presenti nel sistema salute regionale ma determinanti per la gestione di specifici processi (Care manager, Case manager ecc.).

Conseguentemente all'incremento delle problematiche organizzative, nel corso degli anni la funzione di coordinamento si è sviluppata, in particolare è accresciuta l'area delle competenze gestionali.

Con l'approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016, nella Regione del Veneto sono stati introdotti nuovi modelli organizzativi e percorsi assistenziali basati sull'approccio multidisciplinare. I necessari processi di adeguamento alle indicazioni della programmazione regionale, stanno impegnando tutti i ruoli manageriali e i coordinatori appartenenti alle diverse professioni sanitarie ne sono direttamente coinvolti. L'utilizzo, pertanto, di tutte le potenzialità insite nella funzione di coordinamento, associate a forti elementi di congruità con le necessità effettivamente espresse dalle strutture del SSR, è essenziale e determinativo per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La carenza, nel panorama giuridico italiano, di definizioni operative complete ed aggiornate della funzione di coordinamento, ha reso difficile alle aziende sanitarie l'elaborazione di profili di competenza del coordinatore con caratteristiche di omogeneità, di simmetria e di aderenza alle esigenze espresse dai diversi contesti.

Alla luce delle suddette considerazioni e dell'importanza attribuita alle funzioni esercitate dai coordinatori nelle unità operative e nei servizi sia ospedalieri che territoriali, il Direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto ha costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale per la definizione del profilo di competenza del coordinatore.

Il gruppo, coordinato dal Direttore della Sezione Controlli Governo e Personale del S.S.R. e composto da un Professore Associato di Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Verona, da dirigenti dei Servizi delle Professioni Sanitarie, da coordinatori afferenti alle diverse aree professionali operanti sia nel territorio che nell'ospedale, dalla Presidente del Coordinamento Nazionale dei Caposala e da alcuni coordinatori delle professioni sanitarie in servizio presso la Regione del Veneto, ha lavorato sul mandato approfondendo diverse questioni sia di tipo metodologico che di contenuto.

In particolare, per la redazione del profilo, **Allegato A** al presente atto di cui ne costituisce parte integrante, il gruppo di lavoro ha analizzato i principali modelli di esplicitazione delle competenze presenti in letteratura, i documenti elaborati da alcune aziende sanitarie regionali e ha deciso di optare per l'approccio pragmatico, identificando le aree di attività dedotte dalle fonti normative riconosciute nella prassi come ambiti specifici della funzione di coordinamento e indicando, per ciascuna di esse, le competenze ritenute maggiormente rilevanti.

Il documento licenziato dal gruppo delinea il profilo "core" del coordinatore e le competenze in esso incluse possono essere esercitate e modulate con intensità variabile in base alla complessità dei livelli organizzativi in cui la funzione di coordinamento è esercitata.

Prima della stesura definitiva, il documento è stato illustrato ai diversi stakeholders per il perfezionamento dei contenuti e per garantire la massima aderenza dei medesimi ai diversi contesti organizzativi aziendali. Le indicazioni pervenute sono state esaminate e recepite nel profilo di cui al sopraccitato **Allegato A**.

Il profilo del coordinatore costituirà lo standard di riferimento per tutte le aziende sanitarie della Regione, le quali dovranno recepirlo e, se ritenuto opportuno, adattarlo alle specificità locali senza modificarlo nella sostanza. Il documento servirà altresì, a standardizzare la formulazione dei profili di competenza del coordinatore già adottati, descrivere la peculiarità della funzione, evitare difformità sostanziali nell'attribuzione delle competenze, elaborare strumenti per l'autovalutazione/valutazione coerenti con la funzione agita, orientare l'elaborazione di nuovi profili di competenza, orientare la formazione e l'aggiornamento dei coordinatori.

Per quanto attiene la formazione dei coordinatori, è utile ribadire che il profilo di competenza costituirà un importante riferimento per la definizione di piani di studio e stage coerenti con la funzione richiesta. Per l'aggiornamento professionale e la formazione continua, le competenze indicate permetteranno di orientare al meglio i programmi delle iniziative che saranno poste in essere, ivi compresi quelli relativi al percorso formativo già previsto per i coordinatori appartenenti alle professioni sanitarie di cui all'Allegato A alla DGR 2166/2014 - Piano d'attività anno 2014 e biennio 2015-2016 - Formazione Manageriale - Middle Management.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'**Allegato A**, "Profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie.

ALLEGATO A PROFILO DI COMPETENZA DEL COORDINATORE APPARTENENTE ALLE PROFESSIONI SANITARIE

Il profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione è rivolto ai professionisti che operano nei molteplici contesti organizzativi presenti nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Il documento è strutturato in 7 aree di attività e di responsabilità, declinate successivamente in competenze.

Aree di attività.

1. Pianificazione gestione delle attività professionali/lavorative.
2. Pianificazione gestione del cambiamento e dei progetti innovativi.
3. Gestione del personale.
4. Sviluppo e formazione del personale.
5. Gestione/costruzione delle relazioni collaborative e interprofessionali.
6. Gestione delle risorse materiali e delle tecnologie.
7. Gestione della sicurezza.

1. Competenze per la pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative.

- Partecipa al processo di budget con dati ed evidenze sugli obiettivi raggiunti e contribuisce con proposte;
- Organizza e gestisce i processi lavorativi, considerando gli indicatori di complessità delle persone assistite e delle prestazioni, stimando i carichi di lavoro e individuando le priorità organizzative;
- Favorisce l'individuazione delle priorità assistenziali, tecnico-sanitarie, preventive e riabilitative e orienta il personale a perseguirle;
- Favorisce le condizioni per assicurare continuità delle cure proponendosi anche come mediatore tra le esigenze organizzative, i bisogni e le istanze delle persone assistite e dei familiari;
- Promuove azioni per garantire la privacy della persona assistita;
- Promuove l'integrazione dei processi lavorativi e delle professionalità sia all'interno del servizio che con gli altri servizi;
- Promuove l'utilizzo della rete dei servizi sanitari e sociali e l'integrazione con le associazioni di volontariato, in coerenza con le politiche degli enti locali;
- Garantisce una integrazione costante delle migliori evidenze di ricerca nella pratica, attraverso strumenti quali percorsi clinico assistenziali, protocolli, procedure e ne supervisiona l'applicazione;
- Facilita e sostiene la partecipazione a progetti di ricerca;
- Partecipa al processo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale/di eccellenza;
- Supervisiona e controlla i processi che favoriscono il percorso delle persone assistite afferenti al servizio e cura le relazioni con le stesse e i familiari;
- Supervisiona e controlla la qualità delle prestazioni professionali orientandole ai bisogni dell'utenza e svolge consulenza al team per le situazioni complesse.

2. Competenze per la pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi.

- Trasferisce le linee strategiche aziendali, con progetti e interventi coerenti, condividendoli con il personale del servizio in cui opera;
- Promuove e organizza l'introduzione di modelli professionali ed organizzativi innovativi sia a livello ospedaliero che nelle strutture residenziali e territoriali, orientati alla presa in carico, alla continuità degli interventi e al miglioramento della qualità degli stessi;
- Promuove modelli di lavoro basati sulla multi professionalità;
- Individua aree di miglioramento del servizio e utilizza strategie efficaci per facilitare il cambiamento.

3. Competenze per la gestione del personale.

- Stima il fabbisogno quali-quantitativo di personale, considerando i bisogni delle persone assistite, le caratteristiche strutturali, i modelli organizzativi/assistenziali e le direttive/normative;
- Negozia le risorse con i responsabili condividendo priorità e standard da assicurare;

- Programma le presenze/assenze del personale per garantire sicurezza e qualità per le persone assistite e per gli operatori, sulla base delle attività pianificate, tenendo conto del livello di competenza del singolo operatore nel rispetto degli istituti contrattuali;
- Predisporre il percorso di inserimento per il neoassunto/neoinserito e garantisce un affiancamento tutoriale per lo sviluppo di competenze specifiche;
- Supervisiona le performance del personale;
- Valuta il divario tra competenze attese e possedute, propone obiettivi di sviluppo e di miglioramento, personalizzati e di équipe;
- Valuta le performance del personale con le modalità, le procedure e i tempi definiti dall'azienda, garantendo equità e trasparenza del processo valutativo e assicura con continuità feedback costruttivi;
- Attiva strategie per valorizzare i professionisti esperti, creare condizioni di benessere per i lavoratori e per sostenere i lavoratori senior.

4. Competenze per lo sviluppo e formazione del personale.

- Attribuisce responsabilità in rapporto ai diversi livelli di competenza acquisiti dagli operatori, cogliendo e valorizzando caratteristiche, abilità e potenzialità proprie di ciascun professionista considerandole risorse;
- Rileva i bisogni formativi, promuove percorsi/progetti formativi a livello di servizio e li propone per il Piano Formativo Aziendale;
- Garantisce condizioni favorevoli all'apprendimento per i propri collaboratori e per i tirocinanti;
- Promuove lo sviluppo di una tensione etica nel servizio attraverso la riflessione e il confronto sui dilemmi che si presentano nella pratica;
- Cerca attivamente opportunità per il proprio apprendimento e partecipa ad attività di sviluppo professionale continuo.

5. Competenze per la costruzione delle relazioni collaborative e interprofessionali.

- Favorisce relazioni collaborative, stimola processi di motivazione, coesione ed appartenenza al servizio;
- Promuove il lavoro d'équipe e la partecipazione di tutti i componenti, valorizzando le differenze professionali e formative;
- Incoraggia la discussione diretta ed aperta di questioni importanti e, quando necessario, interviene nella risoluzione dei conflitti;
- Affronta con imparzialità e prende decisioni relativamente a problemi posti dai collaboratori;
- Gestisce le informazioni e le comunicazioni interne ed esterne utilizzando strumenti e modalità appropriate, attiva rapporti di collaborazione e supporto reciproci con altri servizi;
- Assicura relazioni costruttive con il/i Direttore/i della/e Unità operativa/e coordinata/e;
- Gestisce relazioni con i vari livelli della Direzione delle Professioni Sanitarie e quando necessario utilizza rapporti negoziali.

6. Competenze per la gestione delle risorse materiali e delle tecnologie.

- Organizza l'approvvigionamento di risorse materiali e tecnologiche, nella logica di un utilizzo efficace, efficiente e sostenibile;
- Partecipa, con gli uffici preposti, alla valutazione del fabbisogno di risorse/tecnologie per il servizio;
- Monitorizza l'uso e la qualità delle risorse, segnala eventuali situazioni di non conformità dei materiali/tecnologie, intraprendendo azioni correttive;
- Supervisiona l'efficienza dei processi di manutenzione delle risorse e delle tecnologie effettuate da servizi e ruoli preposti;
- Collabora a definire i criteri specifici e le caratteristiche di nuovi materiali, presidi e tecnologie da adottare nei capitolati di gara;
- Supervisiona la qualità dei servizi gestiti in appalto da ditte esterne e controlla il rispetto delle prestazioni previste dai relativi capitolati tecnici.

7. Competenze per la gestione della sicurezza.

- Esercita, se assegnata, la funzione di preposto per la sicurezza dei lavoratori;
- Supervisiona e controlla l'adesione del personale agli standard di sicurezza;
- Promuove la segnalazione di eventi critici e ne fa occasione di riflessione e revisione del processo coinvolto;
- Collabora con i referenti/comitati aziendali per la sicurezza, partecipando alla valutazione dei rischi per l'utente, attivando azioni e misure sia preventive sia correttive;
- Promuove azioni per rendere gli ambienti confortevoli e sicuri.

DGR 3.316, n. 212 - Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2015. - Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281. (BUR n. 23 dell'11.3.16)

Note

PREMESSA

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008, approvato con D.P.R. 7/04/2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa del 23 marzo 2005 ai sensi dell'art. 1, c. 173 della L. 30/12/2004, n. 311 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.

L'art. 1, c. 34 della L. 23/12/1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del c. 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.

Nella seduta della Conferenza Stato - Regioni del 20/06/2002, nel corso della procedura di approvazione del P.S.N. 2003-2005, ai sensi dell'art. 1, c. 4, del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e successive modifiche ed integrazioni, si è evidenziata la necessità, tenuto conto delle modifiche intervenute al titolo V della Costituzione, di dare attuazione con uno o più Accordi Stato - Regioni alle parti del Piano Sanitario Nazionale di più stretta competenza regionale per gli aspetti organizzativi.

Il suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996, n. 662, come modificato dall'art. 79, c. 1 quater del D.L. 25/06/2008 n. 112 convertito con L. 6/08/2008, n. 133, disciplina le modalità di ammissione al finanziamento per le linee progettuali attuative del Piano Sanitario Nazionale, a decorrere dal 2009, come segue:

"A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a

carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata".

Nella seduta del 23/12/2015 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'Intesa Rep. Atti n. 236/CSR sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate - ai sensi dell'art. 1, c. 34 della L. n. 662 del 23/12/1996 - alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015. L'assegnazione complessiva spettante all' Regione Veneto è pari ad € 80.887.689,00.

Con l'Accordo Rep. Atti n. 234/CSR, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 23/12/2015, sono state quindi individuate per l'anno 2015 le seguenti linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate di cui al sopra citato art. 1, c. 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662 per l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale:

1. Attività di assistenza primaria.
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.
3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione.
5. Gestione della cronicità (Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche - Assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza)
6. Reti oncologiche

Conformemente a quanto disposto dal suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996, n. 662, l'Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015 stabilisce che, entro 60 giorni dalla stipula dello stesso, i progetti predisposti nell'ambito delle elencate linee progettuali, siano presentati dalle Regioni al Ministero della Salute, su proposta del quale, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, saranno quindi sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni. L'Accordo stabilisce inoltre che la delibera di approvazione dei progetti contenga "anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

Sulla base delle suddette linee progettuali, i competenti uffici regionali hanno quindi predisposto i seguenti 3 progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- 1) Cure palliative - Linea 3 - **Allegato A**
- 2) Piano Regionale Prevenzione 2014-2018- Linea 4 - **Allegato B**
- 3) Rete Oncologica del Veneto - Linea 6 - **Allegato C**

Vengono approvati i sopra elencati 3 progetti, da inoltrare al Ministero della Salute per il seguito di competenza ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015, unitamente alle relazioni illustrative dei risultati raggiunti relative ai progetti approvati per l'anno 2014 con D.G.R. 1554 del 10/11/2015, tutte riportate nell'**Allegato D** del presente provvedimento.

ALLEGATO A

Progetto ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 234/CSR del 23 dicembre 2015 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2015

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Cure palliative

3. Linea progettuale: Linea n. 3 Cure Palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.

4. Referente: Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria - Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie

Tel. 041 – 0412793404 – 3529 cureprimarie@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457

area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: pluriennale 2014-2017

6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2015: € 20.000.000,00

7. Stato del progetto: in corso di attuazione secondo il cronoprogramma stabilito.

8. Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto):

PROGETTO CURE PALLIATIVE 2014-2017

Cfr. documento allegato: PROGETTO CURE PALLIATIVE 2014

SINTESI SULLO STATO DI SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE

Nella Regione Veneto, in conformità a quanto stabilito dal PSSR 2012-2016 (LR n. 23/2012), è in corso un processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari al fine di favorire un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati complessi. Si è inteso estendere l'attività di cure palliative dalle fasi terminali di malattie oncologiche alle fasi avanzate delle malattie cronico degenerative, avviando lo sviluppo di procedure organizzativo/gestionali e percorsi diagnostico terapeutici al fine di garantire equità, omogeneità, appropriatezza, qualità nell'accesso ai servizi e razionalizzazione delle risorse disponibili secondo le indicazioni dell'Intesa Governo, Regioni e Province Autonome del 25/07/2012 e del relativo "documento dei requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del Dolore".

Il nuovo modello, denominato "Rete di Cure Palliative", prevede una presa in carico condivisa al fine di intercettare i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia, privilegiare l'accesso alle cure palliative domiciliari e in Hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione, e garantire la continuità delle cure e le competenze degli operatori delle cure palliative nei diversi setting assistenziali, comprese le strutture residenziali. A tal proposito, le aziende ULSS stanno attuando un processo di implementazione del nuovo assetto organizzativo/gestionale, sia in termini di adozione di nuove procedure che in termini di attivazione di U.O e servizi, che coinvolga e integri tutti gli ambiti assistenziali e garantisca competenze specifiche da parte dei suoi operatori: medici, infermieri, psicologi.

In linea con il cronoprogramma attuativo del progetto "Cure Palliative" per l'Anno 2014, tra gli "elementi organizzativi" previsti, le Aziende ULSS stanno progressivamente procedendo all'attivazione delle Unità Operative, dei Nuclei, degli Ambulatori di Cure Palliative; nonché all'identificazione delle Strutture Residenziali e strutture di ricovero intermedie quali unità di offerta per le cure palliative residenziali (Hospice, Ospedali di comunità e Centri di servizio).

Inoltre nel corso del 2014:

sono stati costituiti tre gruppi di lavoro per la definizione, l'implementazione e il monitoraggio dei PDTA nei vari ambiti assistenziali: cure palliative dell'adulto, cure palliative e terapia del dolore del bambino, terapia del dolore nel paziente adulto;

in 8 Centrali Operative Territoriali su 14 attivate, sono stati realizzati percorsi specifici per la gestione dei malati in Cure Palliative con personale formato;

si sono sviluppando programmi per il supporto sociale e spirituale del malato e dei famigliari e di supporto psicologico all'equipe, supporto al lutto, informazione della popolazione;

si stanno diffondendo strumenti di valutazione della qualità delle cure.

PROGETTO CURE PALLIATIVE 2015

STRATEGIE DI SVILUPPO

Come già richiamato nel Progetto per le Cure Palliative, approvato con DGR 1554 del 10.11.15, nella Regione Veneto, in conformità a quanto stabilito dal PSSR 2012-2016 (LR n. 23/2012), è in

corso un processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari. Alla base di tale evoluzione troviamo due linee di sviluppo fondamentali, da un lato l'implementazione delle capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati complessi, con malattie cronico degenerative avanzate e con necessità di cure palliative, e dall'altro la necessità definire linee di sviluppo e strumenti generali condivisi, quali: linee di indirizzo per le reti di cure palliative nelle aziende sanitarie, percorsi assistenziali condivisi, relazioni funzionali tra i diversi servizi della Rete territoriale, flussi informativi.

Obiettivi:

Nello specifico gli obiettivi che si intende perseguire in ambito di Cure Palliative e Lotta al Dolore sono:

- aumentare la copertura del fabbisogno di cure palliative oncologiche;
- estendere l'assistenza a tutte le patologie cronico degenerative;
- anticipare la presa in carico ai pazienti con probabilità di morire entro un anno;
- garantire l'appropriatezza delle cure nel setting assistenziale più adeguato, riservando all'ospedale la gestione dei problemi acuti e al territorio la gestione delle malattie croniche;
- garantire il continuum delle cure dalle fasi più semplici a quelle più complesse.

Si intende in particolare estendere l'attività delle cure palliative dalle fasi terminali delle malattie oncologiche alle fasi avanzate delle malattie cronico degenerative, dalla prognosi di poche settimane/mesi e bisogni clinico assistenziali caratterizzati da complessità, sviluppando procedure organizzative/gestionali e percorsi diagnostico-terapeutici al fine di garantire equità, omogeneità, appropriatezza, qualità nell'accesso ai servizi e razionalizzazione delle risorse disponibili secondo le indicazioni dell'intesa Governo, Regioni e province Autonome del 25/07/2012 e del relativo "documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del Dolore".

Descrizione del Progetto:

Come da Cronoprogramma, oltre alla continuazione delle fasi già avviate nel 2014, quali:

- AZIONE 1. Attivazione dell'UO Cure Palliative (*ampliando al 2016 l'arco temporale*);
- AZIONE 2. Attivazione del Nucleo Cure Palliative (*ampliando al 2016 l'arco temporale*);
- AZIONE 3. Attivazione dell'Ambulatorio di Cure Palliative (*ampliando al 2016 l'arco temporale*);
- AZIONE 4. Attivazione delle unità di offerta delle Cure Palliative residenziali;

Inoltre, nel corso del 2015 la Regione Veneto intende dare avvio alle seguenti azioni:

- AZIONE 5. Sviluppo coordinamento degli interventi per la garanzia d'accesso alla rete della terapia del dolore che si articola principalmente su tre nodi complementari:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale;
- centri Spoke/Centri ambulatoriali di terapia del dolore;
- centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.

AZIONE 6. Attivazione, in ciascuna realtà aziendale, nell'ambito delle funzioni della COT, della compilazione delle liste dei malati in cure palliative, quale strumento di supporto organizzativo per la presa in carico tempestiva ed appropriata, nonché quale strumento di monitoraggio per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, distinguendo i malati candidati a programmi di primo livello sotto la responsabilità del medico di medicina generale, e dei malati che necessitano di un secondo livello con l'attivazione dello specialista.

AZIONE 7. Adozione di un sistema di valutazione delle cure. L'UOCP attiva un sistema per la valutazione della quantità e la qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali, utilizzando regolarmente strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa.

AZIONE 8. Formalizzazione di una procedura per la presa in carico e di percorsi di continuità delle cure coerenti con i PDTA regionali approvati. Adozione degli strumenti idonei per una

valutazione multidimensionale allo scopo di evidenziare i problemi clinici e i bisogni fisici, sociali e spirituali.

La presa in carico coinvolge l'UOCP e il Medico di Medicina Generale, e durante il percorso di cura il malato può aver bisogno di più setting assistenziali: i passaggi vanno, quindi, formalizzati allo scopo di garantire omogeneità e appropriatezza. In particolare si ritiene opportuna l'adozione della Scheda di accesso in Hospice (DGR n. 3318/2008) e la Scheda per le Dimissioni Protette dalle strutture ospedaliere.

□□AZIONE 9. Collegamento Funzionale con le Medicine di gruppo Integrate/AFT, allo scopo di integrare le attività di base con quelle specialistiche. A tale proposito si intende dare avvio alla riorganizzazione territoriale che prevede la costituzione delle Medicine di Gruppo Integrate quali team multiprofessionali composti da medici di medicina generale supportati da infermieri e collaboratori di studio, che garantiscono un'assistenza H24, 7 gg/7, strutturando anche un canale diretto per il confronto con lo specialista e garantendo una sede di riferimento H12, che hanno la finalità di garantire l'assistenza più vicina al paziente, e la promozione delle attività vocazionali in cure palliative nelle Medicine di Gruppo Integrate/AFT.

□□AZIONE 10. Definizione, Implementazione e monitoraggio dei PDTA (*con avvio nel 2015 dei tavoli di lavoro già individuati nel 2014*);

□□AZIONE 11. Formazione continua per gli operatori, ed attivazione delle procedure di AUDIT. La formazione multidisciplinare degli operatori è un elemento indispensabile per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza. L'UOCP attiva, con le strutture aziendali dedicate, percorsi formativi per gli operatori a tutti i livelli, ivi comprese le associazioni di volontariato. I percorsi formativi devono far parte della produzione e applicazione dei PDTA.

Nonché, al fine di disporre di un quadro di riferimento ben delineato sullo stato di attuazione della LR 7/2009 e L 38/2010, il Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e Lotta al Dolore, in collaborazione con il Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, provvederà ad avviare un'attività di monitoraggio della situazione organizzativo/gestionale presente nelle Aziende ULSS, evidenziando eventuali situazioni di disomogeneità nel territorio Regionale e monitorando dettagliatamente la progettualità pluriennale in atto.

□□AZIONE 12. Implementazione progressiva dei percorsi specifici, all'interno delle Centrali Operative Territoriali, per la gestione dei percorsi dei malati in Cure Palliative con personale dedicato e specificatamente formato;

□□AZIONE 13. Sviluppo di programmi per il supporto sociale e spirituale al malato e famiglia, supporto al lutto, informazione alla popolazione, supporto psicologico all'equipe, valutazione della qualità delle cure.

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma pluriennale)

Cronogramma

Si rinvia alla lettura integrale del testo

ALLEGATO B

Progetto ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 234/CSR del 23 dicembre 2015 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2015

1.Regione proponente: Regione del Veneto

2.Titolo del progetto: Piano Regionale Prevenzione 2014-2018

3.Linea progettuale: Linea n. 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

4.Referente: Dr.ssa Francesca Russo

Sezione attuazione programmazione sanitaria - Settore Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Tel. 041 2791352

sanita.pubblica@regione.veneto.it;

Area Sanità e Sociale
 Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
 Tel. 041 - 2793457
 area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: 2014-2018

6. Aspetti finanziari

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2015: € 30.887.689,00

Premessa

Ai fini della realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, l'Intesa Stato – Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto della salute 2014-2016, all'articolo 17, conferma per gli anni 2014-2016 la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato. Sempre l'articolo 17, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il PNP venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al PNP da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM).

Come richiesto al punto 4 dell'Accordo in oggetto, di seguito si riporta specifico progetto relativo alla linea progettuale "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione".

Obiettivo prioritario "Piano nazionale della prevenzione"

Sulla base di quanto indicato all'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, con l'Accordo Rep. Atti 56/CSR del 25 marzo 2015 è stato approvato il "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione.

Tale documento al punto 5 indica regole e tempistiche della valutazione finalizzata alla certificazione per ciascun anno di vigenza del Piano.

Per l'anno 2015 le Regioni devono adottare il Piano Regionale Prevenzione strutturato tenendo presente requisiti e criteri indicati ai punti 3e 4 del Documento di valutazione citato.

Il 2015 rappresenta pertanto un anno di programmazione e riordino degli interventi già in essere, che comunque continuano ad essere garantiti da tutte le Aziende Ulss, rivisti alla luce dei punti cardine della programmazione regionale già contenuti nella DGR n.2705 del 29/12/2014 di recepimento del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.

Le attività programmate per il 2015 per la stesura del Piano Regionale Prevenzione e del Documento di Valutazione allegato sono:

- 1) Condivisione con i direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Piano Nazionale della Prevenzione e definizione delle priorità regionali di intervento
- 2) Definizione del modello organizzativo a rete per lo sviluppo nel territorio della attività programmate
- 3) Seminari di approfondimento relativi al tema delle diseguaglianze al fine di individuare i temi del piano di prevenzione regionale meritevoli di essere rivisti sotto la lente dell'equità attraverso un successivo processo di equity audit.
- 4) Stesura del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 e del Documento di valutazione
- 5) Definizione di un protocollo operativo per la stesura del PIANO PREVENZIONE AZIENDALE (PPA). Realizzazione del percorso formativo per la stesura dei PPA.

Il Dipartimento di Prevenzione, all'interno delle singole Aziende Ulss è l'asse portante e il nodo strategico garante di una forte e valida collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'Azienda Ulss, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico della realtà veneta. I Dipartimenti di Prevenzione devono assumere un ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di *governance* di processi, oltre che degli interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholder (istituzionali e non) che in senso bidirezionale colleghino il territorio al governo regionale e nazionale. In particolare, spetta al

Dipartimento di Prevenzione: a) mantenere le alleanze già attivate o attivare nuove intese, sia con istituzioni regionali e locali, sia con Enti del mondo produttivo e della società civile; b) favorire il coordinamento e il sistema di sinergie a livello regionale e locale; c) monitorare le azioni, programmate ed in parte già attivate, sviluppare e garantire la valutazione del processo e dei risultati.

Le suddette attività dovranno declinarsi in un Piano di Prevenzione Aziendale (PPA) che dovrà sviluppare tutti i macro obiettivi del PRP con una adesione progressiva alle azioni indicate per programma, entro la scadenza del piano stesso. Il PPA dovrà essere finalizzato, anche, a rispondere agli indicatori sentinella contenuti nell'Allegato A della DGR di approvazione del PRP.

I Piani di Prevenzione Aziendali verranno valutati circa la congruità rispetto alla programmazione regionale contenuta nel Piano Regionale Prevenzione da un apposito gruppo di lavoro che verrà costituito con decreto del Dirigente del Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica. La valutazione di processo e di esito seguirà la tempistica del documento di valutazione del Piano Nazionale Prevenzione. Nella logica che tutti i territori dovranno gradualmente aderire e realizzare tutti i programmi del PRP, saranno predisposti degli strumenti opportuni per la rilevazione degli indicatori selezionati attraverso rilevazioni periodiche web-served rivolte ai Direttori del Dipartimento di prevenzione.

A supporto della stesura del Piano Prevenzione Regionale e dei Piani di Prevenzione Aziendali verrà attivata una collaborazione con l'Università di Ca' Foscari di Venezia. La collaborazione si concretizzerà nel supporto alla formulazione del documento di valutazione da approvarsi con il piano. A questo dovranno seguire una serie di incontri con i referenti dei diversi programmi per definire nello specifico assieme degli indicatori intermedi di esito di ciascuna di questi che aiutino a monitorare il contributo delle singole programmazioni agli esiti/target definiti per gli obiettivi generali del piano. In modo particolare questi dovranno/potranno riguardare sotto-popolazioni specifiche individuate in base agli obiettivi peculiari delle diverse programmazioni, alla distribuzione socio-territoriale delle variabili relative all'ambito specifico, agli obiettivi trasversali del piano (riduzione diseguaglianze di salute). All'interno di questi incontri sarà possibile anche condividere gli indicatori di processo utili a livello regionale per monitorare l'andamento dei programmi. Tali indicatori potranno coincidere con quelli sentinella inseriti nel documento di valutazione o anche integrarli.

Obiettivo prioritario “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”

Titolo del progetto

REALIZZAZIONE DELLA SURVEY NAZIONALE DELLE ATTIVITÀ DEI PROGRAMMI DI SCREENING COLORETTALE – 2015

Razionale

I programmi di screening oncologici sono interventi di sanità pubblica che consistono in un'attività sistematica di diagnosi precoce di un tumore o dei suoi precursori, basata su evidenze scientifiche, rivolta alla generalità della popolazione o ai suoi sottogruppi, ed in base del DPCM del 29 novembre 2001 sono un

Livello Essenziale di Assistenza (LEA).

Nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, i programmi di screening rientrano tra le linee strategiche da adottare per la prevenzione dell'incidenza e della mortalità delle malattie non trasmissibili. Inoltre negli anni tali programmi hanno dimostrato negli anni una capacità di recuperare il gap di salute determinato dalle differenti condizioni socio-economiche.

Il monitoraggio corrente di tale attività è effettuata dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), su mandato del Ministero per la Salute, attraverso una survey annuale tramite un questionario strutturato che indaga sia il livello di copertura dei programmi che, tramite il calcolo di una serie di indicatori specifici, la qualità raggiunta dai singoli programmi, dalle regioni e a livello nazionale. Tutti i dati vengono presentati e diffusi annualmente in un rapporto dell'ONS (www.osservatorionazionale screening.it).

A partire dal 2004, l'ONS ha affidato lo svolgimento della survey nazionale delle attività dei programmi di screening coloretale al Coordinamento regionale dei programmi di screening oncologici (CRSO) della Regione del Veneto. Il CRSO ha svolto tale attività ininterrottamente, qualificandosi come struttura nazionale esperta in monitoraggio dello screening colo rettale.

Pertanto, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dall'accordo Governo, Regioni e Provincie autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali attuative degli obiettivi di Piano sanitario Nazionale, e tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 17 del Patto per la salute 2014-16, al fine di supportare l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione mediante il sostegno al funzionamento dei tre network, il contributo della Regione Veneto, in qualità di centro esperto di cui si compone il network dell'ONS, come citato all'Allegato A dell'Accordo stesso, può esplicarsi attraverso il mantenimento della conduzione della survey nazionale dello screening coloretale.

Sulla base dei dati disponibili, nel corso del 2013 gli inviti effettuati dai tre programmi di screening superano gli 11.000.000 (oltre 4.400.000 dallo screening coloretale) e più di 5.200.000 hanno aderito (nello specifico più di 1.900.000 allo screening coloretale). Sulla base di tali numeri i programmi di screening si configurano come una delle più grandi attività di sanità di iniziativa a livello nazionale.

La valutazione annuale dei programmi di screening organizzati conferma anche per il 2013 gli aspetti salienti dell'offerta di screening oncologici nel nostro Paese: una tenuta sostanziale per lo screening mammografico e per il cervicale e un'avanzata significativa per lo screening coloretale, che riguarda anche il Sud. Tuttavia

si conferma anche il permanere di una marcata differenza di copertura tra il Centro-Nord e il Sud. Una progressiva estensione della copertura ci viene confermata anche dai dati della survey Passi, il sistema di sorveglianza di popolazione che include sistematicamente domande sull'adesione ai programmi di screening oncologici.

Obiettivi

Gli obiettivi di questa linea progettuale sono i seguenti:

- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening coloretale effettuate nell'anno 2014

Attività

Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività:

1. realizzazione della survey nazionale delle attività di screening coloretale del 2014
 - predisposizione degli strumenti per la raccolta dei dati di attività;
 - ricezione dei dati da parte dei programmi di screening, verifica della qualità dei dati pervenuti;
 - analisi dei risultati e produzione degli indicatori;
 - presentazione e discussione dei dati nel convegno nazionale annuale dell'ONS;
 - produzione di un rapporto annuale per ogni Regione, contenente gli indicatori d'interesse della programmazione regionale relativi a ogni singolo programma aziendale, la media regionale e la media nazionale;
 - messa a disposizione dei risultati nel sito dell'ONS;

Indicatori

- avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening coloretale del 2014
- avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per le Regioni ed invio del medesimo
- produzione dei risultati delle due survey e presentazione al convegno nazionale dell'ONS
- pubblicazione dei risultati nel sito dell'ONS

Cronogramma

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Finanziamento previsto per tale attività: € 50.000,00

Iniziative in collaborazione con Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

ESTENSIONE DELLA BASE DI POPOLAZIONE DEL REGISTRO TUMORI DEL

VENETO E CONTRIBUTO AL NETWORK ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI (AIRTUM)

Titolo del progetto

ESTENSIONE DELLA BASE DI POPOLAZIONE DEL REGISTRO TUMORI DEL VENETO E CONTRIBUTO AL NETWORK ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI (AIRTUM)

Introduzione

Il Registro Tumori del Veneto (RTV), istituito con provvedimento n. 7389 del 19/12/1989 della Giunta Regionale, al 31.12.2013 copriva circa il 50% della popolazione della Regione. E' di interesse della Regione Veneto estendere progressivamente la quota di popolazione coperta dalla registrazione; tale ampliamento verrà effettuato tramite l'inclusione progressiva nell'attività di registrazione delle popolazioni residenti in ulteriori Aziende ULSS, a cominciare dall'ULSS 7 Pieve di Soligo (TV) per l'incidenza del periodo 2008- 2009 e dall'ULSS 16 di Padova per l'incidenza del 2013.

Il RTV partecipa attivamente alle attività dell'AIRTUM, di cui riconosce l'importanza in particolare per le attività di formazione del personale, il monitoraggio della qualità delle attività di tutti i Registri Tumori italiani, ivi incluso il percorso di accreditamento dei registri di nuova istituzione, l'integrazione dei dati di tutti i Registri Tumori italiani in un unico data base per la produzione di analisi aggregate a livello nazionale ed il confronto dei vari dati epidemiologici tra diverse Regioni e macroaree geografiche.

Obiettivi

Gli obiettivi di questa linea progettuale sono i seguenti:

- estensione progressiva della copertura della registrazione alla popolazione regionale, per il miglioramento di copertura dell'intera rete AIRTUM;
- contributo all'attività AIRTUM di accreditamento dei Registri tumori italiani di nuova istituzione;
- contributo all'attività AIRTUM della Commissione Procedure, qualità e stabilizzazione Registri;
- analisi dei dati nazionali presenti nella banca dati AIRTUM per produzione monografie tematiche e articoli scientifici;
- contributo scientifico per l'U.O. AIRTUM nel progetto CCM ""I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI PER NEOPLASIE IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE" e nel progetto "L'impatto economico dei tumori sui sistemi sanitari regionali: stime e proiezioni in relazione a diversi scenari di intervento (EPICOST)".

Attività

Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività:

1. estensione della registrazione dei casi di neoplasia nella popolazione dell'ULSS 7-Pieve di Soligo per il periodo 2008-2009 (218.849 residenti): definizione manuale di 1.250 casi del biennio 2008-2009, per i quali non è stata assegnata la diagnosi automatica per incompletezza o discordanza delle fonti informatizzate, mediante ricerca attiva di ulteriori informazioni, comprese cartelle cliniche, da parte del personale del Registro.
2. avvio della registrazione dei casi di neoplasia nella popolazione dell'ULSS 16 – Padova (485.753 residenti al 1/1/2013). L'attività si articola nelle seguenti fasi:
 - svolgimento controlli di completezza e qualità delle diagnosi dei referti di Anatomia Patologica dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Istituto Oncologico Veneto e dell'ULSS 16-Padova, codificate secondo nomenclatura SNOMED;
 - correzione e integrazione manuale degli errori e incompletezze riscontrate;
 - validazione dei dati anagrafici e dei codici identificativi e attribuzione della residenza mediante linkage dei referti con l'anagrafe sanitaria;
 - transcodifica delle diagnosi nelle classificazioni ICD-O e ICD9;
 - applicazione della procedura di valutazione automatica della diagnosi alle fonti diagnostiche (SDO, referti anatomia patologica, schede di morte) del 2013, relative ai residenti nell'ULSS.
3. contributo all'attività AIRTUM di accreditamento dei Registri di nuova istituzione:

- valutazione e controlli di qualità degli archivi di incidenza del Registro Tumori della provincia di Catanzaro e del Registro Tumori Specialistico del pancreas della provincia di Reggio Emilia; eventuale site-visit finale.
- analisi dei dati nazionali presenti nella banca dati AIRTUM per la monografia sui tumori rari in Italia
- stesura e pubblicazione della monografia AIRTUM 2015
- contributo scientifico ai progetti CCM “I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI PER NEOPLASIE IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE” e “L’impatto economico dei tumori sui sistemi sanitari regionali: stime e proiezioni in relazione a diversi scenari di intervento (EPICOST)” attraverso riunioni di lavoro e abstract presentati a convegni scientifici;
- partecipazione alla Commissione Procedure, qualità e stabilizzazione Registri.

Indicatori

- definizione manuale dei possibili casi incidenti dell’ULSS 7-Pieve di Soligo per il periodo 2008-2009 eseguita;
- produzione dei tassi di incidenza dell’ULSS 7 Pieve di Soligo 2008-2009 effettuata;
- archivi dei referti 2006-2014 del Servizio di Anatomia Patologica dell’Azienda Ospedaliera di Padova, dell’Istituto Oncologico Veneto e dell’ULSS 16-Padova acquisiti e validati;
- diagnosi anatomico-patologiche tumorali prodotte da detto Servizio transcodificate in ICD-O;
- valutazione automatica delle diagnosi eseguita;
- valutazione e controlli di qualità degli archivi di incidenza del Registro Tumori di Catanzaro eseguiti;
- valutazione e controlli di qualità degli archivi di incidenza del Registro Tumori specialistico del pancreas della provincia di Reggio Emilia eseguiti;
- analisi statistica dei tumori rari in Italia
- pubblicazione della monografia AIRTUM 2015
- diffusione dei risultati relativi ai progetti “I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI PER NEOPLASIE IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE” e “L’impatto economico dei tumori sui sistemi sanitari regionali: stime e proiezioni in relazione a diversi scenari di intervento (EPICOST)” attraverso relazioni e poster a convegni scientifici.
- partecipazione ad almeno una riunione della Commissione Procedure, qualità e stabilizzazione Registri

Cronogramma

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Finanziamento previsto per tale attività: € 40.000,00

Iniziativa in collaborazione con il network italiano Evidence-based Prevention (NIEBP) SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI SANITA' PUBBLICA ALLA PRATICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA

Per l’anno 2015, nel quale si andrà a definire il PRP 2014-2018 nelle diverse linee di programmazione, si ribadisce l’importanza e quindi l’intenzionalità a continuare nella sensibilizzazione e formazione degli operatori di sanità pubblica alle pratiche basate su prove di efficacia con l’obiettivo specifico di contrastare interventi non solo inefficaci, ma, in particolare, che possono incrementare e/o determinare disuguaglianze di salute.

Coerentemente con il PNP 2014-18 che indica chiaramente la necessità di adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità, il nuovo Piano Regionale Prevenzione della Regione del Veneto avrà l’obiettivo di contrastare le disuguaglianze come azione innovativa e trasversale.

Nel momento programmatico è indispensabile assumere un approccio capace di leggere le disuguaglianze in salute (Equity Lens) con riferimento sia ai determinanti distali (condizioni socioeconomiche, istruzione, provenienza geografica, ecc.) sia ai determinanti prossimali (stili di vita, ecc.).

Per “rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci, superando le differenze territoriali”, scopo dichiarato del Piano Nazionale della Prevenzione, nel nuovo PRP andranno recepite le indicazioni circa:

- a) la programmazione per setting
- b) la sorveglianza epidemiologica: non solo su malattie infettive, ma anche sui determinanti, i rischi e la valutazione dell’impatto degli interventi di prevenzione
- c) la centralità dell’intersectorialità per gli obiettivi di salute e il contrasto delle disuguaglianze
- d) la realizzazione del concetto di adesione consapevole, da parte della popolazione, all’offerta dei diversi interventi preventivi
- e) l’individuazione di aree tematiche/problemi emergenti caratterizzati da rilevanza, urgenza e suscettibilità ad interventi efficaci, come primo set di azioni concrete.

a) La programmazione per setting: scuola, ambienti di lavoro, ambiente sanitario e la comunità. Interventi trasversali all’interno dello stesso ambiente di vita.

b) La sorveglianza epidemiologica è orientata a identificare obiettivi/azioni (fattori di rischio) più promettenti per il contrasto delle disuguaglianze, e funzionare da base per un health equity audit su questi obiettivi/azioni (fattori di rischio) potenzialmente più sensibili ad un intervento, scelti sulla base di criteri di rilevanza e fattibilità secondo l’Evidence Based Prevention.

A coprire l’insieme dei dati necessari convergono oltre ai dati delle sorveglianze attive in Veneto, anche quelli rilevabili dai flussi correnti o dalle indagini campionarie, propri di altri sistemi informativi in ambito sanitario (Cedap, SDO,.....) e non (Istat,), assumendo già in sede di rilevamento e di analisi una prospettiva intersectoriale (§ punto c).

Le azioni di rilevamento e di equity audit prevedono e concorrono alla costruzione di un articolato sistema informativo, esteso a tutto il territorio che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse, per implementare nuovi interventi più costo-efficaci.

c) la centralità dell’intersectorialità per gli obiettivi di salute e quindi del contrasto delle disuguaglianze viene perseguita nel piano a due livelli:

1. il consolidamento dei programmi intersectoriali che fanno riferimento principalmente a Guadagnare Salute, che oltre ad integrare più determinanti si propone di far convergere i principali settori coinvolti con l’attenzione alla “Salute in tutte le politiche”, in particolare i programmi: *Guadagnare Salute. Formazione, produzione di materiali e organizzazione di eventi; MuoverSi - Promozione dell’attività motoria nel ciclo di vita, GenitoriPiù - Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile: MammePiù. Guadagnare salute in gravidanza.*

2. la focalizzazione in ogni singolo programma dell’intero Piano degli interlocutori non-sanitari più in grado di incidere sul raggiungimento degli obiettivi

d) nella realizzazione di interventi di prevenzione e promozione della salute mirati o universalistici progressivi, destinati a sottopopolazioni particolarmente esposte, va valorizzato fortemente il concetto di adesione consapevole da parte della popolazione interessata. Metodologia raccomandata in generale, per rendere il cittadino protagonista della propria salute che diventa imprescindibile nella lotta alle disuguaglianze:

- per ridurre il rischio che la progettazione diverga dai bisogni e dalle risorse e da ogni altra caratteristica specifica dell’ambiente e popolazione di intervento

- per proteggere dalle ricadute negative in termini di stigma di interventi che comportano potenziali discriminazioni sociali, anche relativamente alle variabili reddito/istruzione.

Il PRP prevede quindi, come per l’intersectorialità due livelli:

1. il consolidamento dei Programmi che fanno riferimento al coinvolgimento della popolazione ed alla progettazione partecipata (Sviluppo della Carta di Toronto come modello per l’advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata,

2. la focalizzazione da parte di ogni singolo programma dell’intero PRP, sugli “stakeholders” da includere, prerequisito per il successo delle azioni.

e) la trasversalità delle attività di individuazione e contrasto delle disuguaglianze in salute non deve

sottrarre l'attenzione dall'individuazione di aree tematiche/problemi emergenti caratterizzati da rilevanza, urgenza e aggredibili come primo set di azioni concrete.

La sfida quindi per la sanità pubblica veneta nel dare sviluppo al PRP 2014-2018 consiste nel guardare ai temi e Programmi del PRP sotto la lente dell'equità (equità lens), attraverso un successivo processo di equità audit, formare gli operatori ed, infine, implementare azioni efficaci (equità action) atte a contrastare le diseguaglianze su tutto il territorio regionale e in questo risulta importante il ruolo del NIEBP nel dare supporto a livello regionale.

Obiettivi

Gli obiettivi di questa linea progettuale sono i seguenti:

- supportare gli operatori della sanità pubblica nelle scelte degli interventi evidence-based atte a contrastare in particolare le diseguaglianze di salute
- accrescere negli operatori sanitari la cultura della valutazione degli interventi

Attività

Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività:

- Incrementare competenze, conoscenze e risorse per una lettura integrata e completa dei dati dei sistemi di sorveglianza
- Potenziare il processo di sensibilizzazione degli operatori sanitari coinvolti nelle azioni del Piano Regionale Prevenzione sulle tematiche dell'EBP e delle diseguaglianze di salute
- Proseguire nella formazione specifica dei decisori e degli operatori di Sanità Pubblica, con particolare attenzione alla lettura della matrice
- Supporto ed orientamento nella fruizione della documentazione scientifica esistente
- Sostegno alla definizione dei Programmi da inserire nel nuovo Piano Regionale Prevenzione alla luce delle EBP
- Sviluppo della rete regionale della prevenzione per garantire un confronto e scambio di buone pratiche
- Potenziare il coordinamento, monitoraggio e valutazione regionale dei diversi percorsi in base ai bisogni di salute rilevati

Indicatori

- Numero di giornate di sensibilizzazione/formazione realizzate
- Numero di operatori formati
- Numero di Programmi del nuovo PRP 2014-2018 che promuovono azioni alla luce delle EBP al fine di contrastare le diseguaglianze di salute

Cronogramma

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Finanziamento previsto per tale attività: € 19.298,65

ALLEGATO C

Progetto ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 234/CSR del 23 dicembre 2015 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2015

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Rete Oncologica del Veneto

3. Linea progettuale: linea n. 6 - Reti oncologiche.

4. Referente

Dr. Claudio Pileri – Direttore Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria - Settore Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata

Tel. 041/2791672

assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457

area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: Pluriennale

6. Aspetti finanziari: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2015: € 30.000.000,00

Contesto:

In ambito regionale i pazienti che hanno avuto una neoplasia sono circa il 5 % della popolazione veneta, ogni anno ci sono più di 30.000 nuovi pazienti oncologici.

Per affrontare adeguatamente tale problematiche risulta necessario realizzare sinergie tra le componenti che partecipano alla gestione di processi assistenziali notevolmente complessi sia per la natura dei problemi trattati sia per la loro intensità e durata. In tale ottica la rete oncologica rappresenta l'infrastruttura organizzativa fondamentale, quale elemento di collegamento ed integrazione di tutti gli specialisti e di riconoscimento della centralità del paziente.

In tal senso è stata istituita la Rete Oncologica del Veneto dalla Regione Veneto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 19.11.2013.

Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona.

Il modello di riferimento a cui si ispira la Rete Oncologica del Veneto, anche conformemente a quanto previsto dal Piano oncologico nazionale, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti hub&spoke.

In tale progettualità lo IOV-IRCCS è snodo fondamentale nella rete oncologica territoriale. Ha funzioni di hub per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.

Il modello dovrà garantire come previsto dal PSSR 2012-2016

- uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie;
- sicurezza delle prestazioni correlata all'expertise clinica e ad una adeguata organizzazione;
- tempestività nella presa in carico;
- continuità dell'assistenza;
- appropriatezza prescrittiva ed erogativa;
- innovazione e ricerca;
- Fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale attraverso il supporto della cartella clinica oncologica;

Obiettivi:

Il coordinamento della Rete ha un ruolo centrale nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida in stretta collaborazione con le Università e con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento, coordina e promuove le attività formative regionali e la ricerca clinica, biologica e traslazionale, studia e monitorizza le aree del Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali, favorisce il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali; - accresce la qualità dell'assistenza ai malati oncologici, sperimenta nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra le strutture della rete sanitaria, garantisce la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione, sviluppa ed implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza.

Altri obiettivi di non secondaria importanza della Rete Oncologica Veneta sono quelli di:

- garantire al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio, in tutto il territorio regionale, che risponda ai criteri dell'EBM (evidence-based-medicine) secondo la metodologia HTA (health technology assessment)
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale

- identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche tenendo conto dei volumi minimi di attività a garanzia della sicurezza dei pazienti
- supportare l'aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica
- promuovere la preparazione dei chemioterapici antitumorali a livello centralizzato attraverso l'attivazione dei centri UFA (Unità Farmaci Antitumorali)
- definire e condividere i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente
- favorire e stimolare la partecipazione a programmi di ricerca e di sperimentazioni cliniche in oncologia definire percorsi di cura integrati per i malati oncologici anziani, in accordo a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale 2010-13, e dall'Osservatorio Nazionale di Oncogeriatrica, di recente istituzione;
- facilitare l'adesione a programmi di continuità di cura sul territorio e la riabilitazione oncologica
- definire i costi standard per PDTA per patologia
- facilitare i programmi di screening, diagnosi precoce per i vari tipi di tumore.

Descrizione del Progetto:

Il progetto viene declinato nelle seguenti progettualità:

1. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

La Rete Oncologica della Regione Veneto – Gruppo di lavoro PDTA- ha l'obiettivo di predisporre percorsi in ambito oncologico con l'intento di migliorare l'operatività di tutte le strutture attraverso la definizione di obiettivi, ruoli, tempi e ambiti di intervento.

La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni che favoriscono la variabilità dell'assistenza in termini di continuità di cura e di presa in carico del paziente, tutte condizioni che facilitano comportamenti inappropriati e/o fonte di errori.

La crescente complessità dei bisogni sanitari difficilmente può trovare riposta in un'unica azienda o nel solo sistema sanitario spinge alla nascita di forme nuove di integrazione tra diversi attori istituzionali. I PDTA sono strumenti che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior

percorso praticabile all'interno della rete e all'interno della propria organizzazione.

Il PDTA è uno strumento tecnico-gestionale il cui standard è sempre in progressione e che si propone di garantire:

- riproducibilità delle azioni
- uniformità delle prestazioni erogate
- riduzione dell'evento straordinario
- scambio di informazioni
- definizione dei ruoli
- individuazione e rilevazione di indicatori di appropriatezza e qualità.

Il progetto prevede la realizzazione dei seguenti PDTA :

1. Mammella,
2. Colon-retto,
3. Polmone,
4. Prostata,
5. Sarcomi e GIST,
6. Melanoma,
7. Rene,
8. Epatobiliare,
9. Esofago,
10. Tumori Ereditari Mammella e Ovaio,
11. Stomaco,
12. Testa e Collo,
13. Ginecologici,

14. Endocrini

15. Sistema Nervoso Centrale

Per ogni PDTA verrà creato un gruppo specifico di lavoro definito Steering Committee, formato da componenti eterogenei provenienti da tutta la regione e con le migliori e più eterogenee expertise in modo da adempiere al mandato richiesto dalla Regione. Ogni gruppo è inoltre supportato dal Servizio Epidemiologico Regionale per la condivisione dei dati di incidenza, prevalenza e mortalità. In ogni PDTA è la presenza di un esponente del mondo del volontariato. Tutti i gruppi sono stati gestiti attraverso una metodologia di lavoro ben precisa con la funzione di produrre un documento omogeneo in cui le decisioni diagnostico-terapeutiche siano basate su linee guida nazionali ed internazionali.

L'aspetto metodologico sarà garantito nella redazione dell'algoritmo del percorso e nella produzione delle note esplicative alla mappa stessa; per ogni percorso vengono prodotti degli indicatori di percorso e di qualità del percorso del paziente valutando la fattibile rilevazione.

Ogni PDTA verrà redatto seguendo i seguenti punti caratterizzanti:

- 1) l'inizio dei PDTA dovrà essere l'episodi clinico, individuando fin da subito tempistica e descrizione puntuale dell'episodio;
- 2) Stabilire il momento preciso nel quale il paziente entra nella Rete;
- 3) Definire e stabilire la presa in carico del/della paziente nel momento in cui entrano nella rete per garantire un ottimale appropriato iter di diagnosi e cura; (Definire il professionista). Si conviene che la presa in carico determina una precisa responsabilità del professionista;
- 4) Definizione della valutazione multidisciplinare e del team multidisciplinare;
- 5) In caso di snodi decisionale durante il percorso incerti in cui la pratica clinica e linee guida non danno indicazioni precise si indica di confrontarsi con studi clinici e/o criteri di appropriatezza confrontabili;
- 6) individuare indicatori di appropriatezza e qualità.

2. Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia

L'obiettivo di questo gruppo all'interno della Rete è quello di elaborare raccomandazioni in merito a farmaci innovativi ad alto costo in ambito oncologico e di alto impatto economico indicandone la forza e gli indicatori d'uso atteso attraverso specifici quesiti clinici.

I quesiti clinici riferiti alla indicazione oggetto di analisi vengono predisposti dal Gruppo di Lavoro sulla base del contesto clinico di riferimento.

Ogni indicatore viene poi rilevato attraverso l'analisi dei flussi sanitari disponibili.

3. Diagnostica Molecolare e Biobanche

Il compito è di rendere omogeneo sul territorio regionale l'accesso del paziente oncologico ai test di diagnostica molecolare, al fine di garantire la tempestività nella presa in carico, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

In tal senso, in ambito oncologico si stanno sempre più affermando farmaci la cui azione è svolta agendo su specifici bersagli biomolecolari. Per essi, al fine di scegliere nel modo più opportuno la strategia terapeutica, è quindi indispensabile conoscere la natura e lo stato di tale bersaglio biologico.

Gli step del progetto sono i seguenti:

1. Definizione della tipologia degli esami diagnostici appropriati ed essenziali per ogni singola patologia oncologica;
2. Definizione dei tempi massimi di refertazione per singolo esame diagnostico per la presa in carico ottimale del paziente per definizione dell'iter diagnostico-terapeutico;
3. Stima del volume di analisi molecolari definite dal panel suddivise per tipologia eseguite dalle Anatomie Patologiche del Veneto nel 2014.
4. Valutazione di HTA- Budget Impact Analysis per la valutazione dell'impatto economico dell'introduzione di nuovi esami sulla popolazione neoplastica Veneta.

4. Cartella clinica informatizzata oncologica regionale

Il progetto consiste per condividere i contenuti di un'unica cartella clinica in ambito oncologico a livello regionale.

La ROV fungerà da supporto per la gestione e la formazione dei gruppi di lavoro per la definizione della cartella clinica oncologica in tale cartella dovrà contenere la parte di anatomia patologica, la parte specifica per patologia, la parte chirurgica, la parte oncologica, la parte di terapia farmacologica.

Tale cartella sarà un elemento essenziale e sostanziale per determinare gli indicatori di percorso e di qualità sia per i PDTA prodotti dalla Rete Oncologia e sia per gli indicatori relativi alle raccomandazioni sui farmaci formulate dal gruppo ROV farmaci innovativi.

5. Ricerca Clinica

L'obiettivo è di governance della ricerca clinica in ambito oncologico regionale in modo da favorire e stimolare programmi di ricerca.

Formazione di un gruppo di esperti regionali per la valutazione delle aree d'interesse e attività per la ricerca clinica come interlocutore di riferimento con l'industria farmaceutica.

Si vuole creare dei momenti di formazione rivolti a tutta la regione per la ricerca in ambito oncologico attraverso l'istituzione di corsi e master universitari.

6. Coordinamento Rete Oncologica

L'obiettivo è di creare un'organizzazione che garantisca il coordinamento ed il sviluppo della Rete Oncologica attraverso un approccio manageriale. Tale programmazione dovrà implementare la comunicazione tra i medici e le strutture sanitarie che attuano prevenzione, assistono e curano persone affette da tumore all'interno della Regione Veneto. In tal senso l'obiettivo del coordinamento è di sviluppare le seguenti aree:

- Coordinamento;
- Sviluppo;
- Formazione;
- Ricerca;

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma)

Azione 1 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

Tempo previsto: Fasi del progetto: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Azione 2 Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia

Tempo previsto: Fasi del progetto: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Azione 3 Diagnostica Molecolare e Biobanche

Tempo previsto: Fasi del progetto: da gennaio 2016 a dicembre 2016

Azione 4 Cartella clinica informatizzata oncologica regionale

Tempo previsto: Fasi del progetto: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Azione 5 Ricerca Clinica

Tempo previsto: Fasi del progetto: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Azione 6 Coordinamento Rete Oncologica

Tempo previsto: Fasi del progetto: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma pluriennale)

Cronogramma

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Risultati attesi

- Realizzazione dei PDTA di patologia per le patologie più frequenti si prevede di completare 15 PDTA
- Produzione delle raccomandazioni cliniche per tutte le molecole innovative ad alto impatto e monitoraggio di tali indicazioni;
- Gestione unitaria delle prestazioni relative alla diagnostica molecolare
- Costruzione della cartella clinica oncologica

□ □ Aumentare le sperimentazioni profit e no profit in ambito oncologico regionale ed aumentare i pazienti arruolati in negli studi clinici.

Indicatori Ogni PDTA produrrà una serie di indicatori di esito, processo e qualità per ogni patologia trattata verranno prodotti circa 10 indicatori per PDTA in modo da mappare la presa in carico e l'appropriatezza

delle cure in tutto il territorio regionale. Saranno poi individuati degli indicatori per l'utilizzo dei farmaci oncologici per mappare l'aderenza alle raccomandazioni.

ALLEGATO D

RELAZIONI illustrative dei risultati raggiunti relative ai progetti approvati per l'anno 2014 con D.G.R. Veneto n. 1554 del 10.11.2015 "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2014. - Accordo Rep. Atti n. 126/CSR del 30 luglio 2015 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281".

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

TUTELA DEI DIRITTI

VENETO

DGR 16-2-16, n. 147 - Approvazione dell'articolazione organizzativa di 5 nuovi Centri antiviolenza per donne vittime di violenza operanti nel territorio della Regione del Veneto. L.R. n. 5 del 23.04.2013 "Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne", articolo 7, comma 1. (BUR n. 20 del 1.3.16)

Note

La Legge Regionale 23 aprile 2013, n. 5 promuove interventi di sostegno a favore di donne vittime di violenza attraverso l'attivazione di strutture di accoglienza individuate nei Centri antiviolenza, nelle Case rifugio e nelle Case di secondo livello, volte ad ospitare donne vittime di violenza e loro figlie e figli minori. Gli articoli 3, 4 e 5 della legge provvedono a definire le singole strutture di sostegno, disciplinandone altresì l'operatività e le funzioni. L'articolo 7, comma 1 della stessa legge prevede, inoltre, che le strutture citate comunichino la loro articolazione organizzativa alla Giunta Regionale, che la approva.

Con DGR n. 1254 del 16.07.2013 è stata approvata e avviata la procedura di rilevazione delle strutture di sostegno e accoglienza di cui ai citati articoli 3, 4 e 5 della L.R. n. 5/2013, presenti nel Veneto, prevedendo la stesura di appositi elenchi distinti per tipologia.

In particolare, per quanto riguarda i Centri antiviolenza la Giunta Regionale con delibere n. 2546 del 20.12.2013, n. 932 del 10.06.2014 e n. 1355 del 28.07.2014 ha approvato l'articolazione organizzativa di n. 15 Centri antiviolenza il cui elenco è pubblicato nel sito web istituzionale.

Le disposizioni operative per la rilevazione della articolazione organizzativa delle strutture di sostegno alle donne vittime di violenza (allegato D alla DGR n. 1254/2013), prevedono al punto 3 che "in caso di nuova attivazione, successivamente alla ricognizione iniziale, il responsabile della Struttura provvede a comunicare i dati relativi alla Regione per l'approvazione prevista dall'articolo 7, comma 1 della L.R. n. 5/2013".

Con riferimento ai Centri antiviolenza, si rileva che con DPCM del 24 luglio 2014 sono state assegnate al Veneto risorse per potenziare l'assistenza e il sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli, parte delle quali da destinare alla costituzione di nuovi Centri antiviolenza. La Giunta regionale con DDR n. 1992 del 28.10.2015 ha disposto di assegnare tali risorse ai Comuni e alle Aziende ULSS del Veneto per la realizzazione di progetti finalizzati alla costituzione di nuovi Centri antiviolenza, approvando lo schema di Bando e i moduli per la presentazione delle richieste di finanziamento.

Le domande pervenute sono state esaminate dagli Uffici competenti e con decreto del Direttore della Sezione Relazioni Internazionali n. 24 del 25.02.2015 sono stati ripartiti i contributi per la realizzazione dei progetti finalizzati all'istituzione di n. 6 nuovi centri anti violenza indicati nell'allegato A del provvedimento stesso.

Attualmente risultano operativi 5 nuovi Centri anti violenza e i Responsabili hanno trasmesso alla Sezione Relazioni Internazionali le scheda di rilevazione per l'approvazione, da parte della Giunta regionale, dell'articolazione organizzativa delle strutture ai sensi dell'articolo 7, comma 1 della L.R. n. 5/2013 e per il contestuale inserimento negli elenchi pubblicati nel sito istituzionale della Regione, rispettivamente:

- del Centro Anti violenza denominato "Centro Anti violenza Alta Padovana - Territorio Azienda ULSS 15" con sede nel Comune di Cittadella (PD), trasmessa in data 28.09.2015, acquisita al protocollo n. 387330 del 28.09.2015;
- del Centro Anti violenza denominato " Centro Anti violenza Saccisica" con sede nel Comune di Piove di Sacco, trasmessa in data 21.09.2015, acquisita al protocollo n. 377334 del 22.09.2015;
- del Centro Anti violenza denominato "Centro N.I.L.D.E." con sede nel Comune di Castelfranco Veneto (TV), trasmessa in data 03.09.2015, acquisita al prot. n. 353386 del 03.09.2015;
- del Centro Anti violenza Stella Antares" con sede nel Comune di Montebelluna (TV), trasmessa in data 23.09.2015, acquisita al prot. n. 3804151 del 23.09.2015;
- del Centro Anti violenza denominato "Centro Anti violenza Vittorio Veneto" con sede nel Comune di Vittorio Veneto (TV), trasmessa in data 14.09.2015, acquisita al prot. n. 366430 del 14.09.2015;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvata l'articolazione organizzativa di 5 nuovi Centri anti violenza corrispondenti ad altrettante schede ed elencati nell'**Allegato A** "L.R. n. 5/2013. Elenco dei nuovi Centri anti violenza operanti nella Regione del Veneto";

ALLEGATO A

1 CENTRO ANTIVIOLENZA ALTA PADOVANA -
TERRITORIO AZIENDA ULSS 15

Cittadella PD

2 CENTRO ANTIVIOLENZA SACCISICA

Piove di Sacco PD

3 Centro N.I.L.D.E.

Castelfranco Veneto TV

4 CENTRO ANTIVIOLENZA STELLA ANTARES

Montebelluna TV

5 CENTRO NTIVIOLENZA VITTORIO VENETO

Vittorio

Veneto TV